

Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen terveydenhuollossa - kirjallisuuskatsaus



Henna Hankkio

Mia Hyttinen

Heidi Johansson

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen terveydenhuollossa -kirjallisuuskatsaus

Henna Hankkio
Mia Hyttinen
Heidi Johansson
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2011

Heidi Johansson
Henna Hankkio
Mia Hyttinen

Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen terveydenhuollossa

Vuosi 2011 Sivumäärä 38

Tämä opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS - naistentautien ja synnytysten toimialan laadunkehittämishanketta ajalta 2007-2012. Laadunkehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön laatua näyttöön perustuvan ja kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin HYKS -sairaanhoidoalueen Naistentautien ja synnytysten toimialalla. Tässä opinnäytetyössä selvitetään kirjallisuuskatsauksella miten päihdeongelmainen raskaana oleva nainen tulisi kohdata. Opinnäytetyössä päihdeongelmaisella tarkoitetaan huumeiden ja alkoholin käyttöä tai lääkkeiden väärinkäyttöä raskausaikana.

Työn tarkoituksena on tuoda ajankohtaista ja luotettavaa tutkittua tietoa hoitohenkilökunnalle päihdeongelmaisen äidin kohtaamisesta. Aineistoa on kerätty sosiaali- ja terveysalan tiedonhakuportaaleista Medicistä ja Aleksista sekä manuaalisesti ajankohtaisista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Aineisto on analysoitu teorialähtöistä sisällönanalyysia mukaillen. Aineisto koostuu kahdeksasta suomalaisesta tutkimusartikkelista ja kahdesta pro-gradututkielmasta.

Opinnäytetyössä keskeisenä asiana nousi esille hoitajan vuorovaikutustaitojen ja luottamuksellisen asiakassuhteen merkitys hoidon onnistumiselle. Tulosten mukaan keskeisimpiä asioita luottamuksellisen asiakassuhteen muodostumiselle ovat turvallisuuden tunne, kunnioitus, innostava asenne, joustavuus, hoidon suunnitelmallisuus sekä arvostava ja kunnioittava kohtaaminen. Tulosten mukaan sosiaalisen tuen tärkeys nousi esille päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kuntoutumisprosessissa.

Asiasanat: päihteet, raskaus, vuorovaikutus, kohtaaminen

Heidi Johansson
Henna Hankkio
Mia Hyttinen

Substance-abusing pregnant women's encounters with health care services

Year	2011	Pages	38
------	------	-------	----

This thesis is part of a quality development project between Laurea University of Applied Science and Helsinki University Central Hospital (HUCH) in years 2007-2012. The purpose of the quality development project was to develop the quality of nursing, through proficiency- and project-based learning in the Department of Gynecology and Obstetrics of HUCH. The aim of the thesis was to discover, based on several current research papers, how to encounter pregnant woman with substance abuse problems. In this thesis the abuse of narcotics, drugs, and alcohol during pregnancy is defined as substance abuse.

The purpose of the thesis was to gain current and reliable knowledge to the nursing personnel when facing these issues with the clients. The data for this thesis was gathered from Social welfare and Health care portals such as Medic and Aleksi and also collected manually from current research and literature. The material has been analyzed by using deductive content analysis. Data was collected from eight Finnish research articles and two Master's theses.

The central findings were that the nurse's interaction skills with a client and confidential client relationships are essential to successful treatment. Nursing personnel's interaction skills with a client consist of kindness, genuine presence, empathy, open-mindedness, and the ability to give feedback.

Key words: substance abuse, pregnancy, interaction, confront

Sisällys	
1 Projektin tausta.....	5
2 Tarkoitus ja tavoitteet.....	6
3 Projektin toteuttaminen	6
3.1 Projektiryhmän kuvaus.....	7
3.2 Hoitoympäristön kuvaus.....	7
3.3 Kirjallisuuskatsaus	8
3.4 Tiedonhakuprosessi	9
3.4.1 Valitun aineiston poissulkukriteerit.....	10
4 Päihdeongelmainen raskaana oleva nainen hoitotyön asiakkaana	10
4.1 Raskaus.....	10
4.1.1 Vanhemmuuteen kasvu	11
4.1.2 Raskauden tukeminen äitiyshuollossa.....	12
4.2 Päihteet.....	13
4.2.1 Alkoholi	13
4.2.2 Kannabis.....	15
4.2.3 Amfetamiini ja kokaiini	15
4.2.4 Opiaatit	16
4.2.5 Hallusinogeenit.....	17
4.3 Asiakkaan kohtaaminen hoitotyössä	17
4.3.1 Hoitava kohtaaminen.....	18
4.4 Ohjaus hoitotyössä.....	22
4.4.1 Ohjausprosessi.....	23
4.4.2 Päihdeongelmaisen raskaana olevan asiakkaan ohjaus	25
5 Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen terveydenhuollossa.....	26
5.1 Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot.....	28
5.2 Luottamuksellinen asiakassuhde	29
5.3 Sosiaalinen tuki.....	30
6 Pohdinta.....	31
Lähteet	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
Luettelosivut.....	36
Liitteet.....	37
Liite 1. Tutkijan taulukko	37

1 Projektin tausta

Raskaudenaikaisiin päihteidenkäytön aiheuttamiin sikiövaurioihin havahduttiin 1980-luvulla, jolloin julkaistiin myös ensimmäiset lääketieteelliset tutkimukset aiheesta. 1980-luvulta asti sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä on kehitetty uudenlaisia hoitomuotoja päihdeongelmallisille äideille ja perheille. Vuosituhannen vaihteen jälkeen erityisäitiyspoliklinikkatoiminta laajeni nopeasti ja se sijoittui erikoissairaanhoidon piiriin. (Leppo 2008.) Suomessa seitsemäntoista prosenttia perheistä voidaan luokitella päihdeperheiksi, sekä kuusi prosenttia suomalaisista raskaana olevista naisista on huumeiden, alkoholin tai lääkkeiden ongelmakäyttäjiä. (Pistokoski 2007.) Päihdeongelmaisten odottavien äitien kohtaamisesta on edelleen vähän tutkimustietoa, vaikka päihdeongelmat ovat kasvussa erityisesti nuorten naisten keskuudessa.

Huumeiden ongelmakäytöllä tarkoitetaan suonensisäisesti käytettävien aineiden käyttöä, erityisesti vaarallisten aineiden käyttöä, kun käyttöön on voimakas riippuvuus, tai kun käytöstä aiheutuu käyttäjälle vakavia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Kovien huumausaineiden käyttäjiä arvioidaan Suomessa olevan 11000- 14000 henkilöä, mutta joidenkin arvioiden mukaan kovien huumeiden käyttäjiä on Suomessa jopa 30000. (Sorsa ym. 2004.) Tässä joukossa on myös fertiili-ikäisiä naisia.

Sikiön kehityksen kannalta vahingollisin päihde on alkoholi (Leppo 2008). Naisten keskimääräinen alkoholin käyttö vähenee raskausaikana, mutta tuoreet pohjoismaiset tutkimukset osoittavat, että lähes puolet raskaana olevista naisista juo ainakin satunnaisesti itsensä humaan. (Alaja & Tuomiranta 2004.) Odottavalle äidille suositellaan täysraittiutta, koska raskausajan altistus alkoholille on merkittävin sikiön kehitysvammaisuuden syy. Suomessa syntyy arviolta 500-600 FASD-lastia (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) vuosittain. Alkoholialtistuksen aiheuttamat vauriot sikiölle voidaan tunnistaa kasvopiirteiden, kasvuhäiriöiden, keskushermoston poikkeavuuden ja käyttäytymisen tai kognitiivisen suorituksen poikkeamien perusteella. (Alho & Kankkunen 2006.) Äidin päihdeongelma voi vaikuttaa lapseen vahingollisesti välittömästi istukan kautta suoraan sikiöön sekä lapsen syntymän jälkeiseen äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteeseen. Raskaana olevan naisen käyttämät päihteet läpäisevät herkästi istukan ja kulkeutuvat sitä kautta sikiöön. Sikiö altistuu siis jo kohdussa päihteiden haittavaikutuksille. Vauvat ovat usein synnyttyään pienikokoisia. Heillä esiintyy usein infektoriski, sydänvika ja he kärsivät päihteiden aiheuttamista vieroitusoireista. Pahimmillaan raskaudenaikainen päihteidenkäyttö johtaa sikiön epämuodostumiin, raskauden keskeytymiseen tai sikiön sydämen pysähdykseen. (Pistokoski 2007.)

Tämä opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS - naistentautien ja synnytysten toimialan laadunkehittämishanketta ajalta 2007-2012. Tarve opinnäytetyölle nousi käytännön työstä Naistenklinikalta. Hoitohenkilökunta kokee haasteelliseksi kohdata päihteitä

käyttävän raskaana olevan naisen. Opinnäytetyön tehtävänä on kuvata kirjallisuuskatsauksella kuinka hoitohenkilökunnan tulisi kohdata päihdeongelmainen raskaana oleva nainen. Raskaana olevan naisen päihteiden käyttö herättää hoitohenkilökunnassa herkästi negatiivisia tunteita, mikä tekee kohtaamisesta haastavaa. Päihdeongelmaisen äidin kohtaaminen vaatii hoitajalta reflektiivistä ja ennakkoluulotonta työtettä.

Tarve opinnäytetyölle on noussut käytännöntyöstä Helsingin naistentautien ja synnytysten tulosyksiköstä Naistenklinikalta. Opinnäytetyön kliininen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja Teija Iisakka toi esille hoitohenkilökunnalta nousseen haasteen kohdata päihdeongelmainen äiti. Hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa tukea ja tietoa päihdeongelmaisen äidin kohtaamisesta. Naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö on osa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriä. Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS -naistentautien ja synnytysten toimialan laadunkehittämishanketta ajalta 2007-2012.

Laadunkehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön laatua näyttöön perustuvan ja kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin HYKS -sairaanhoitoalueen Naistentautien ja synnytysten toimialalla. Hankeorganisaatio muodostuu ohjausryhmästä sekä kehittämisala- tai projektikohtaisista projektiryhmistä. Hankeorganisaatiossa kaikki osapuolet edesauttavat hankkeen suunnittelua, toteutumista ja arviointia sekä tiedottavat hankkeeseen liittyvästä päätöksenteosta.

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tavoitteena on kuvata terveydenhuollon ammattilaisille miten päihdeongelmainen raskaana oleva nainen tulisi kohdata. Tarkoituksena on saada ajankohtaista ja luotettavaa tutkittua tietoa henkilökunnalle päihdeongelmaisen äidin kohtaamisesta. Tietoa voidaan hyödyntää lapsivuodeosastoilla, äitiysneuvoloissa sekä äitiyspoliklinikoilla.

Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on vastata kysymykseen

1 Miten päihdeongelmainen raskaana oleva nainen tulisi kohdata?

3 Projektin toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön suunnittelu alkoi yhteisessä tapaamisessa lehtori Marja Tanskasen ja muiden Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS- naistentautien ja synnytysten toimialan laadunkehittämishankkeessa mukana olevien opiskelijoiden kanssa syksyllä 2009. Tapaamisessa lehtori Tanskanen esitteli HYKS- naistentautien ja synnytysten toimialan laadunkehittämishankkeessa mukana olevia aiheita.

Tämän projektin kehittämiskohteeksi valikoitui päihdeongelmaiset äidit. Aihe rajoittui päihdeongelmaisiin synnyttäneihin äiteihin Naistenklinikan lapsivuodeosastoilla 51, 52 ja 61. Ensin tarkoituksena oli tehdä teemahaastattelut Naistenklinikan lapsivuodeosastojen henkilökunnalle. Suunnitelmaseminaari pidettiin naistenlinikalla 27.1.2010. Paikalla olivat laadunkehittämishankkeessa mukana olevat lehtorit Henna Hertell ja Marja Tanskanen, Naistenklinikan kliiniset asiantuntijat, hankkeessa mukana olevien osastojen osastonhoitajat sekä hankkeessa mukana olevat opiskelijat. Tilaisuudessa esiteltiin kaikkien projektissa mukana olevien opiskelijoiden valitsemat aiheet. Suunnitelmaseminarin jälkeen keskusteltiin tämän opinnäytetyön kliinisen asiantuntijan Teija lisakan kanssa, jonka ehdotuksesta päädyttiin muuttamaan projektin otsikkoa päihdeongelmaisiin odottaviin äiteihin ja sitä kautta kehittämiskohteen sisältö selkiytyi. Opinnäytetyön aiheeksi muotoutui kirjallisuuskatsaus päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaamisesta.

3.1 Projektiryhmän kuvaus

Hankkeessa yhteistyökumppaneina ovat Laurea-ammattikorkeakoulu ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin HYKS -naistentautien ja synnytysten toimialan potilaat, henkilökunta ja Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat ja henkilökunta, sekä organisaatioiden kansainväliset yhteistyökumppanit. Laurea-ammattikorkeakoulusta projektivastaavana toimii Lehtori Teija-Kaisa Aholaakko. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Henna Hertell ja hoitotyön kliinisenä ohjaajana sairaanhoitaja Teija lisakka Naistenklinikan erityisäitiyspoliklinikalta.

3.2 Hoitoympäristön kuvaus

Vuodesta 1983 HYKS:N Naistenklinikan äitiyspoliklinikalla on toiminut päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten erityisvastaanotto eli HAL-poliklinikka. Lyhenteellä HAL tarkoitetaan huumeita, alkoholia ja lääkkeitä. HAL-poliklinikka toimii Suomessa useammassa yliopistollisessa sairaalassa. HAL-poliklinikalla hoidetaan päihdeongelmaisia raskaana olevia naisia ja potilaat tulevat hoitoon pääsääntöisesti lähetteellä, joka on neuvolasta, päihdehoitolaitoksesta, nuorisoasemalta, terveyskeskuksesta, A-klinikalta, yksityislääkäriltä tai Vinkistä, joka tarkoittaa terveysneuvontapistettä. Toimintaa on kehitetty vuosien varrella ja vuonna 2002 luotiin tehostettu hoitomalli, jossa oma hoitotiimi vastaa päihderiippuvaisten äitien hoidosta sosiaali- ja terveysministeriön projektirahoituksella. HAL-poliklinikalla hoidettiin 1.8.2002 - 30.11.2005 kaikkiaan 312 raskautta. Keskimäärin HAL-poliklinikalla hoidettiin 94 raskautta vuodessa. (Keski-Kohtamäki ym. 2007.)

HAL-poliklinikan tarkoituksena on auttaa päihdeongelmaista raskaana olevaa äitiä kohti päihdeettömyyttä. Äidin terveyden tukemisen kautta pyritään vaikuttamaan sikiön ja syntyvän lapsen terveyteen (Keski-Kohtamäki 2005.) HAL-poliklinikalla suunnitellaan tulevan äidin sekä

raskaudenaikainen, että synnytyksen jälkeinen hoitopaikka. HAL-poliklinikalla suunnitellaan jatkohoitoa, josta olisi äidille ja vauvalle mahdollisimman paljon hyötyä. Jatkohoitoa paikkana toimii ensikoti tai päihdehoitoyksikkö esimerkiksi Järvenpään Sosiaalisairaala. Synnyttänyt äiti kotiutuu vauvan kanssa normaalisti, mikäli äiti on pysynyt päihteettömänä. Tavoitteena on, että odottava äiti pysyisi päihteettömänä koko raskausajan tai vähentäisi päihdeidenkäyttöään. Päihdeidenkäyttöä kontrolloidaan joka käynnillä otettavalla valvotulla virtsaseulalla. Jos potilas ei ole halukas näytteenottoon, merkitään se positiiviseksi. Lisäksi raskauden aikana seulotaan laboratoriotutkimuksilla tartuntatauteja. Sairaalan sosiaalityöntekijä on koko hoitojakson ajan aktiivisesti mukana äidin hoidossa. Hän käy tapaamassa äitiä osastolla sekä sopimassa mahdollisesta verkostoneuvottelusta, jossa päätetään äidin ja vauvan jatkohoidon tarve synnytyksen jälkeen. HAL-poliklinikan yhtenä toiminta-ajatuksena on hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde ja päihdeongelmaista äitiä kunnioittava asenne. Se on avainonnistuneeseen lopputulokseen. (HUS-haikarakansio.)

3.3 Kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa rajatusta aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksella saadaan kattava kuva siitä kuinka paljon on olemassa tutkittua tietoa aiheesta. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimukset valitaan ja rajataan tarkasti virheiden minimoimiseksi. Kirjallisuuskatsaus on aina toistettavissa. (Johansson ym. 2007.)

Kirjallisuuskatsaus tehdään vaiheittain. Tärkeää on laatia hyvä suunnitelma. Suunnitteluvaiheessa tutustutaan aiempaan tutkittuun tietoon aiheesta ja tehdään tutkimussuunnitelma. Suunnitelmaan asetetaan tutkimuskysymykset. Kysymysten asettelun jälkeen pohditaan mitä hakusanoja ja tietokantoja käytetään ja miten haut rajataan. Tutkijat asettavat valinta- ja poissulkukriteerit, joilla tutkimukset ja artikkelit valitaan mukaan. (Johansson ym. 2007: 5-6.) Tutkimussuunnitelmaa tehdessä aihe rajataan. Aihe rajataan riittävän kapeaksi, jotta pystytään hyödyntämään luotettavia ja tutkimustehtävään vastaavia tutkimuksia. Tutkimustehtävän avulla aiheen rajaus tehdään täsmälliseksi. Tutkimustehtävien asettelussa on huomioitava neljä tekijää: tutkittava ongelma, tutkittava interventio tai interventiot, interventioiden vertailut ja kliiniset tulokset. (Johansson ym. 2007: 46-47.)

Suunnitelman jälkeen tehdään tiedonhaut sekä manuaalisesti että eri tiedonhakuportaaleita hyväksikäyttäen. Sen jälkeen tehdään hakujen analysointi. Tiedonhaku on tarkkaan suunniteltu prosessi, jossa hakusanat ovat tarkasti määriteltynä. Hakusanoja pohdittaessa voi esimerkiksi miellekartasta olla apua. Määritellään millainen tieto tukee tutkimustehtävää. Valitut tutkimukset analysoidaan. Analysoinnin helpottamiseksi valitut tutkimukset kootaan taulukoon, jossa kuvataan tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja vuosi, tutkimuksen tarkoitus,

aineisto ja sen keruu ja analyysi sekä keskeiset tulokset. (Johansson ym 2007:5-6, 10-13, 62-63.) Tässä työssä sisällönanalyysi on tehty mukailleen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiä. Viimeinen vaihe on raportointi. Tulokset raportoidaan ja tehdään johtopäätökset (Johansson ym. 2007: 5-6, 10-13, 62-63).

3.4 Tiedonhakuprosessi

Aineiston keruu aloitettiin syksyn 2009 aikana. Tietoa aiheeseen liittyen on haettu tiedonhakuportaaleista Aleksista ja Medicistä. Hakusanoina Medicissä olivat katkaistuna raskaana*, raskau*, odottav*, ja alkohol*, huume*, huum*, päihde*, päihde*. Aleksissa hakusanoina käytettiin katkaistuna raskau* ja päih*. Katkaistuja sanoja käytettiin, jotta tiedonhakuportaalit löytäisivät laajemmin artikkeleita kirjallisuuskatsaukseen liittyen. Medicistä löytyi 80 osumaa. Aleksista löytyi 75 osumaa. Lisäksi tietoa haettiin Google scholarista hakusanoilla päihde, raskaus ja vauvan parhaaksi. Otsikon perusteella valittiin Medicistä 16 artikkelia, Aleksista kuusi artikkelia ja Google scholarista 15 (taulukko 1). Manuaalisella haululla valikoitui yksi tutkimus vastaamaan tämän työn tutkimustehtävään. Teoreettiseen viitekehykseen tietoa haettiin manuaalisesti aiheeseen liittyvistä ajankohtaisista tutkimuksista, progradu-tutkielmista ja kirjallisuudesta.

	Osumat	Hyväksytty otsikon perusteella	Hyväksytty sisällön perusteella
Medic	80	16	5
Aleksi	77	6	0
Google Scholar	154	15	4
Manuaalinen haku			1
Yhteensä	311	37	10

Taulukko 1: Tiedonhaun tulokset

3.4.1 Valitun aineiston poissulkukriteerit

Tiedonhakuportaaleista haetuista lähdemateriaaleista poissuljettiin päällekkäiset, sekä ennen vuotta 2000 julkaistut artikkelit. Lisäksi hylättiin artikkelit, jotka on kuvattu lääketieteellisestä näkökulmasta. Seuraavassa vaiheessa perehdyimme valikoituihin artikkeleihin. Artikkelit, jotka eivät sisällön perusteella vastanneet tutkimuskysymykseen hylättiin.

Tiedonhakuprosessissa kerättyjen artikkelien otsikon perusteella hyväksyttiin Medic-tiedonhakuportaalista 16 artikkelia, Aleksi-tiedonhakuportaalista kuusi artikkelia ja Google scholarista 15 artikkelia. Seuraavassa vaiheessa poissuljettiin kaikki artikkelit, jotka eivät sisällön perusteella vastanneet tutkimustehtävään. Poissulkukriteerien jälkeen tutkimukseen valikoitui kahdeksan tutkimusartikkelia ja kaksi pro-gradua (liite1).

4 Päihdeongelmainen raskaana oleva nainen hoitotyön asiakkaana

Keskeisinä käsitteinä työssä ovat raskaus, päihteet, kohtaaminen ja ohjaus. Päihdeongelmalla äidillä tarkoitetaan raskaana olevaa huumausaineiden tai alkoholin väärinkäyttäjää. Käsite ohjaaminen on rajoitettu sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan antamaan päihdeongelmaisen raskaan olevan naisen ohjaukseen. Raskautta käsiteltäessä halusimme tuoda esille raskauden fysiologiset edellytykset sekä trimesterit. Tässä opinnäytetyössä ei keskitytä raskauden aiheuttamiin fyysisiin muutoksiin, vaan perehdymme psykososiaaliseen näkökulmaan.

4.1 Raskaus

Lapsi saa alkunsa noin kaksi viikkoa naisen kuukautisten alkamisen jälkeen, jolloin naisen munasolu irtoaa. Munasolun on hedelmöityttävä noin 24 tunnin kuluessa tästä. Siittiöt kulkeutuvat yhdynnän jälkeen naisen munanjohtimiin, jossa ne voivat säilyä elävinä useita vuoro-kausia. Hedelmöitys eli fertilisaatio tapahtuu useimmiten munanjohtimen uloimmassa, laajimmassa osassa. Ovulaation aikana kohdun kaulan lima on hormonaalisista syistä muuttunut niin, että siittiöt voivat liikkua siinä helposti. Vain yksi miehen siittiöistä voi tunkeutua naisen munasoluun, jonka jälkeen sukusolujen tumat yhtyvät. Tämä tapahtuma merkitsee elämän alkamista. Miehen siittiösolu määrää lapsen sukupuolen. (Eskola & Hytönen 2005.)

Kuukautisten pois jääminen on naiselle tavallisesti ensimmäinen merkki alkaneesta raskaudesta. Raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa laskettuna viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Täysiaikaisen raskauden vaihteluväli on 38 - 42 viikkoa eli 266 - 294 vuorokautta. Mikäli lapsi syntyy ennen 37. raskausviikon loppua, katsotaan synnytyksen olevan ennenaikainen (partus praematurus), ja jos synnytys tapahtuu vasta 42. raskausviikon päätyttyä, on kyseessä yliai-

kaisuus (postmaturitas). Suurin osa synnytyksistä ajoittuu raskausviikoille 39 ja 40. Synnytyksen todennäköisin ajankohta eli laskettu aika arvioidaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Lasketun ajan määrittämiseen on käytössä erilaisia menetelmiä esimerkiksi Naegalin kaava. Määrittäminen voidaan tehdä myös kaikututkimuksen perusteella raskauden ensimmäisen kolmanneksen lopulla. Ensimmäisen neuvolakäynnin tekee yleensä terveydenhoitaja. (Eskola & Hytönen 2005.)

Raskaus jaetaan sikiön kasvun perusteella kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen kolmannes kestää viimeisten kuukautisten alkamisesta 13. raskausviikon loppuun. Sen aikana tapahtuu hedelmöitys sekä hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen kohdun seinämään sekä sikiön kudosten ja elinten nopea muodostuminen ja kasvu. Tässä vaiheessa alkio on erittäin herkkä ympäristön erilaisille vaaratekijöille ja suuri osa alkaneista raskauksista päättyy keskenmenoon. On todettu, että alle 25-vuotiaiden naisten raskauksista keskeytyy n. 10 % ja 35 vuotta täyttäneiden jopa yli 50 %. Tämä johtuu siitä syystä, että kromosomipoikkeavuudet yleistyvät äidin iän mukana. Ensimmäisen kolmanneksen loppuun mennessä sikiön kaikki elimet ovat kehittyneet valmiiksi. (Eskola & Hytönen 2005.)

Toinen raskauskolmannes kestää raskausviikot 12-28. Tällä välillä sikiön elinjärjestelmät kasvaa ja kehittyä. Äiti alkaa tuntea sikiön liikkeitä noin 18.-20 raskausviikolla. Uudelleensynnyttäjät tuntevat sikiön liikkeitä jopa aikaisemmin. Toisen raskauskolmanneksen lopulla sikiö saattaa selvitä elossa, vaikka syntyisi näinkin ennenaikaisesti. Kolmas eli viimeinen raskauskolmannes alkaa 29. raskausviikosta ja päättyy lapsen syntymään. Sikiölle se merkitsee kasvamista sekä valmistautumista ja kypsymistä kohdun ulkopuoliseen elämään. (Eskola & Hytönen 2005.)

4.1.1 Vanhemmuuteen kasvu

Kasvu vanhemmuuteen on osa inhimillistä kasvua, ja vanhemmuus on kerran alettuaan lopuelämän jatkuva kehitystapahtuma (Eskola & Hytönen 2005). Ensimmäisen lapsen odotus ja syntymä on vanhemmille merkittävä kehityskriisi, jossa molempien on luotava itselleen uudet roolit äitinä ja isänä. Vanhemmaksi tuleminen koetaan lähes aina stressaavaksi, vaikka muutos olisikin positiivinen ja odotettu. Oma sen hetkinen elämäntilanne ja se, alkaako vanhemmuus suunniteltuna ja ennakoituna, vaikuttavat siihen, miten tieto alkaneesta raskaudesta koetaan ja otetaan vastaan. Omat kokemukset omasta varhaislapsuudesta vaikuttavat myös paljon siihen, millaisia skeemoja ja oletuksia vanhempana olemisesta jo odotusaikana herää. Useimmat äidit ovat ylpeitä ja onnellisia kun he saavat tietää raskaudesta. Tästäkin huolimatta he saattavat ajoittain kokea odottamattomia surun ja ärtymyksen tunteita. Kyseessä voi tällöin olla äitiyden ja naisena olemisen välinen ristiriita. (Karling ym. 2009.)

Äidiksi kasvaminen on prosessi, johon vaikuttavat kaikki äidin aikaisemmat kokemukset, oma lapsuus, vanhemmuutta koskevat mielikuvat ja yhteiskunnalliset odotukset. Tämä prosessi alkaa jo ennen lapsen syntymää ja jatkuu koko elämän ajan. Tänä aikana äiti muodostaa suhteen lapseensa, ottaa vastuun hänestä sekä elää arkielämää lapsensa kanssa. Äidiksi kasvuun kuuluu emotionaalisen muutoksen ohella myös biologinen ja fyysinen muutos. (Alho 2007: 18.)

4.1.2 Raskauden tukeminen äitiyshuollossa

Äitiyshuolto on osa kansanterveystyötä, jonka kansanterveyslaki määrittelee seuraavasti: ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä äitiyshuollon toteuttamisesta (1988) tavoitteeksi on kirjattu odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen ja perheenjäsenten parhaan mahdollisen terveyden turvaaminen. (Eskola & Hytönen 2005: 101.)

Perusterveydenhuollossa äitiyshuoltoa toteutetaan terveyskeskusten äitiysneuvoloissa ja niiden kautta järjestetyillä kotikäynneillä. Kuntien avohuollossa äitiyshuolto on ammatillista tiimityötä terveydenhoitajan, lääkärin, sosiaalityöntekijän, psykologin, hammaslääkärin sekä mahdollisesti myös työterveyshuollon henkilöstön välillä. Erikoissairaanhoidon toteutetaan keskus- ja aluesairaaloissa. Yhteistyön ollessa joustavaa, kaikki voimavarat voidaan käyttää hyödyksi raskaana olevan naisen ja perheen hyvinvoinnin tukemiseksi. Naisen raskausajan yksilöllinen terveydenhoitosuunnitelma etenee tarpeen määrittelystä tavoitteiden asetteluun. Riskitilanteissa eläville asiakkaille annetaan enemmän palveluita. Erilaisia työmuotoja ovat terveystarkastukset, seulonnat ja terveyskasvatus sekä perhesuunnittelu ja perhevalmennus. Huolellinen dokumentointi on tärkeää, sillä se turvaa hoidon laadukkaan jatkuvuuden. Terveysneuvonnan keskeisimpänä tehtävänä on ohjata raskaana olevia naisia ja heidän perheitään turvalliseen odotusaikaan. Siinä käydään läpi muun muassa terveelliset ravintotottumukset, liikunta, henkinen hyvinvointi, sosiaalinen hyvinvointi, nautintoaineiden käyttö ja työympäristön sopivuus. Ohjauksessa käydään läpi myös yhteiskunnan tarjoamat perheen perustamista tukevat toimet ja tuet, kuten asuntopolitiikka, vanhempainrahat, lapsilisät ja työlainsäädäntö. (Ihme & Rainto 2008: 74, Eskola & Hytönen 2005.)

Raskaudenaikaiset seurantakäynnit terveydenhoitajan tai kättilön luona ovat aluksi kunnasta riippuen noin kuukauden välein, 28. raskausviikosta lähtien kahden viikon välein ja 35. raskausviikosta alkaen viikon välein. Ensisyntyäjille suositellaan 13-17 neuvolakäyntiä raskauden ja lapsivuoteen aikana ja uudelleen synnyttäjille 9-13 käyntiä. Vuoden 2000 perinataalitilastojen mukaan oli neuvolakäyntejä koko maassa keskimäärin 17 yhtä raskautta kohden ja

käyntejä äitiyspoliklinikalla kolme. Lääkärin tarkastuksia tehdään noin neljä, joista yksi on synnytyksen jälkitarkastus 5-12 viikkoa synnytyksen jälkeen. Terveydenhoitajalla on päävastuu raskaana olevan terveydenhoidosta, koska hän tapaa äitiä usein. Nykyisin lisääntyvä ongelma ja todellinen haaste terveydenhuollon ammattilaisille ovat nuorten naisten ja perheiden lisääntynyt päihteiden käyttö. Mikäli äitiysneuvolassa havaitaan tai epäillään raskaana olevan naisen voinnissa tai raskauden kulussa jotain poikkeavaa, äiti ohjataan tarkempiin tutkimuksiin alueen äitiyspoliklinikalle tai päivystysaikana synnytysvastaanotolle. Äitiyspoli- klinikat toimivat pääasiallisesti lähete- ja ajanvarauspoliikkoina. Äitiyspoli- klinikat tarjoavat palveluja esimerkiksi päihdeongelmallisille naisille. (Ihme & Rainto 2008, Eskola & Hytönen 2005.)

4.2 Päihteet

Suomessa arviolta 10% aikuisväestöstä eli noin 300 000 ihmistä on jossain elämänsä vaiheessa kokeillut laittomia huumeita. Säännöllisesti, vähintään kerran kuukaudessa huumeita käyttäviä ihmisiä on Suomessa 30 000. (Lusa 2000:3.) Raskaana olevista naisista 6% on huumeiden, alkoholin tai lääkkeiden ongelmakäyttäjiä. Suomessa 17% perheistä voidaan luokitella päihdeperheiksi. (Pistokoski 2007.) Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirissä synnyttäneistä päihdeongelmallisista äideistä alkoholin suurkuluttajia on enää kolmannes, loput kaksi kolmasosaa käyttää huumeita ja lääkkeitä (Dahl, Hirschovits 2005:92-93). Viime vuosina HUS:n naistenklinikassa on synnyttänyt keskimäärin yksi narkomaani viikossa (Leppo 2008).

Äidin päihdeongelma voi vaikuttaa lapseen vahingollisesti kahdella tavalla; välittömästi istukan kautta suoraan sikiöön sekä lapsen syntymän jälkeiseen äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteeseen. Raskaana olevan naisen käyttämät päihteet läpäisevät herkästi istukan ja kulkeutuvat sitä kautta sikiöön. Sikiö altistuu siis jo kohdussa päihteiden haittavaikutuksille. Vauvat ovat usein synnyttyään pienikokoisia. Heillä esiintyy usein infektoriski, sydänvika ja he kärsivät päihteiden aiheuttamista vieroitusoireista. Huumeista vieroitettavan lapsen hoito sairaalassa kestää keskimäärin kuusi viikkoa. Vieroitusoireiden lisäksi hänellä saattaa olla jokin muu hoitoa vaativa infektio tai sairaus. (Dahl & Hirschovits 2005:92-93.) Pahimmillaan raskauden- aikainen päihteidenkäyttö johtaa sikiön epämuodostumiin, raskauden keskeytymiseen tai sikiön sydämen pysähdykseen. Päihdeäitien kohdalla äidin sensitiivisyys vauvaa kohtaan synnytyksen jälkeen on myös usein vajavainen. Äidin voimavarat eivät riitä hoivaamaan vauvaa eikä hän siten kykene vastaamaan kaikkiin vauvan tarpeisiin. Äidin sensitiivisyys on lapsen kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta keskeistä. (Pistokoski 2007.)

4.2.1 Alkoholi

Suomalaisessa kulttuurissa alkoholi on yleisesti hyväksytty, laajasti käytetty ja laillinen päihde. Suurkulutuksen rajana pidetään miehillä 24 annosta viikossa ja naisilla 16 annosta viikos-

sa, kertakulutuksen osalta suurkulutuksen rajana pidetään miehillä 7 annosta ja naisilla 5 annosta. Annos vastaa esimerkiksi yhtä pulloa keskioletta (0,33l) tai lasillista viiniä (12cl). Nykysuositus on, että raskaana olevan nainen ei käytä lainkaan alkoholia, koska turvallista raskaudenaikaista alkoholiannosta on vaikea määrittää. (Havio ym. 2008:70.)

Äitien päihdeongelmaa ei voida erottaa muista yhteiskuntaamme koskevista muutoksista, joiden myötä päihteenkäytöstä on tullut arkipäiväistä. Alkoholi on ilmestynyt lähes jokaiseen suomalaiseen kotiin. Lapset kasvavat päihdemyrönteisen ilmapiirin keskellä ja äidit juovat siinä missä isätkin. Täysin raittiiden naisten määrä on vähentynyt vuosien kuluessa siten, että kun vuonna 1968 raittiita naisia oli noin 40%, 1990-luvulle tultaessa heitä oli noin 19%. Vuonna 2005 raittiita naisia oli enää 9%. (Boelius 2008:76.)

Äidin nauttima alkoholi kulkeutuu istukan kautta sikiöön. Toisen raskauskolmanneksen keskenmeno riski kaksinkertaistuu jo yhdestä tai kahdesta alkoholi annoksesta ensimmäisellä raskauskolmanneksella. Alkoholin käyttö lisää istukan verenvuotoa, joka taas kasvattaa infektioriskiä ja hidastaa sikiön kasvua. Alkoholin käyttö aiheuttaa sikiön epämuodostumia. Tyypillisiä ensimmäisen raskauskolmanneksen alkoholin käytön aiheuttamia sikiön epämuodostumia ovat urogenitaalialueen epämuodostumat (munuaiset, virtsatiet, rakon toimintahäiriöt, sukuelimet). Toisella raskauskolmanneksella alkoholin käyttö aiheuttaa edelleen verenvuotoa, joka hidastaa kohdun sekä sikiön kasvua ja lisää tulehdusvaaraa. Tulehdukset voivat laukaista ennenaikaisen synnytyksen. Istukan osittaisen tai täydellisen irtoamisen riski on kymmenkertainen verrattuna raittiiseen odottajaan. Sikiön aivot alikehittyvät ja jäävät pienikokoisiksi runsaan alkoholin käytön seurauksena. Runsas alkoholin käyttö johtaa myös sikiön pienipäisyyteen. Viimeisellä kolmanneksella äidin alkoholin käyttö edelleen hidastaa sikiön kasvua. (Pitkänen 2006.)

Alkoholin aiheuttamia sikiövaurioita ovat FAS (fetaalialkoholioireyhtymä, fetal alcohol syndrome) ja FAE (osittainen FAS). Suomessa syntyy vuosittain useita satoja FAS tai FAE syndrooman vaurioittamia lapsia. Oireina ovat lapsen hidas kasvu sikiö aikana tai syntymän jälkeen. Kasvojen ja pään ulkomuodossa on poikkeavuuksia. Tyypillisiä poikkeavuuksia ovat matala otsa, kapeat silmät, leveä tai pysty nenä ja ylähuulen ja nenän välisen pysty uurteen puuttuminen. Lapsen keskushermosto on vaurioitunut ja lapsella voi olla keskimääräistä alhaisempi älykkyydosamäärä. FAS lapset ovat syntyessään pienipäisiä sekä lyhyitä ja laihoja. FAS syndroomasta kärsivät lapset ovat leikki-iässä usein ylivilkkaita. Koulun käyntiä haittaavat keskittymiskyvyn puute, huono muisti ja hahmottamisvaikeudet. Sääntöjen noudattaminen on usein FAS lapselle hankalaa. Useimmissa tapauksissa FAS lapsi tarvitsee erikoisjärjestelyitä koulunkäynnin tueksi. Pahimmillaan ei lapsi välttämättä selviä ilman laitoshoidoa. FAS oireyhtymän lisäksi on olemassa termi ARND (alcohol related neurodevelopmental disorder), jota käytetään kun lapsella todetaan äidin alkoholin käytöstä johtuva keskushermostohäiriö. ARND

diagnoosin saaneella lapsella on oppimishäiriöitä ja käyttäytymisen erityispiirteitä, kuten vaikeuksia vuorovaikutussuhteissa. (Kujasalo & Nykänen 2005.)

4.2.2 Kannabis

Marijuana, hasis ja hasisöljy luetellaan kannabistuotteisiin. Kannabis on yleisin huumausaine Euroopassa. Kannabista saadaan hampukasvista, sen kukinnoista ja versoista. Sitä käytetään polttamalla, syömällä tai juomalla sekoitettuna nesteeseen tai ruokaan. Päihdyttävä aine on nimeltään THC (tetrahydrocannabinoli). Säännöllisesti käytettynä kannabikseen kehittyy voimakas psyykinen riippuvuus, myös fyysistä riippuvuutta on esiintynyt. Kannabis vaikuttaa käyttäjänsä euforisvoivalla tavalla. Se aiheuttaa muistin ja arviointikyvyn heikkenemistä, estojen vähenemistä, hilpeyttä, hahmotushäiriöitä, paniikitiloja ja pulssin nousua. Jatkuva käyttö voi aiheuttaa psykoosia, hengitysteiden ärsyyntymistä ja tulehduksia. Rikollisuus ja salakuljetus ovat käyttäjien kesken myös tavanomaisia. (Havio ym. 2008.)

Raskaana olevien naisten keskuudessa kannabis on yleisin käytetty huume. Kannabiksen sisältämän THC yhdisteen ei ole todettu aiheuttavan lisääntynyttä keskenmenoriskiä tai epämuodostumia sikiölle. Poltettuna kannabiksen savu sisältää kuitenkin hiilimonoksidia, joka heikentää napanuoran verenvirtausta ja täten vähentää sikiön ravinnonsaantia. (Pitkänen 2006.) Kun raskaana oleva nainen polttaa kannabista, napanuoran verenvirtaus vähenee tupakkaan verrattuna viisinkertaisesti. Kannabis eli hasis kulkeutuu istukan kautta sikiöön ja rasvaliukoisena aineena kudoksiin. (Karling ym. 2009: 87.) Kannabista käyttäneiden äitien vastasyntyneillä lapsilla on havaittu vieroitusoireita, kuten vapinaa ja säpsähtelyä sekä vaikeuksia tottua näkö- ja kuuloärsykykseen (Pitkänen 2006.)

4.2.3 Amfetamiini ja kokaiini

Amfetamiini ja kokaiini ovat keskushermostoa stimuloivia huumeita. Vielä ennen vuotta 1968 käytettiin amfetamiinia ja sen sukulaisia masennus- ja laihdutuslääkkeenä Suomessa. Huumeiksi aineet määriteltiin vuonna 1968. Keski- ja Etelä Euroopassa sekä USA:ssa amfetamiinia käytetään edelleen lääkkeenä. Amfetamiinia valmistetaan kemiallisesti laboratorioissa. Amfetamiinia esiintyy jauheena, tabletteina, liuksena tai kapseleina. Amfetamiinia käytetään suun tai nenän kautta sekä injektiona suoneen tai lihakseen. (Havio ym. 2008.) Amfetamiini on yleisimmin Suomessa huumeena käytetty stimulantti: ekstaasia tai kokaiinia löydetään raskaana olevan naisen virtsasta hyvin harvoin (Karling ym. 2009: 87).

Kokaiinia eristetään kokapensaasta lehdistä jota kasvaa Etelä-Amerikassa. Kokapensaasta lehdistä eristettävä kokaiini on valkoista jauhetta, jota käytetään nuuskaamalla, ruiskeena tai polttamalla. Kokaiini ja amfetamiini aiheuttavat voimakasta psyykkistä ja kohtalaista fyysistä riip-

puvuutta. Toleranssi kehittyy nopeasti ja annokset voivat kasvaa kymmen- tai satakertaisiksi. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen, sydämen rytmihäiriöt, verisuonten supistuminen, levottomuus, hikoilu, kiihottuneisuus, aistiharhat, unettomuus, ruokahaluttomuus, itsetunnon ja vireyden lisääntyminen. Jatkuva käyttö aiheuttaa masennusta, vainoharhaisuutta, mielenhäiriöitä, muistihäiriöitä, äkkikipaisuutta, ahdistuneisuutta, laihutumista, ruokahaluttomuutta, unettomuutta, maksavaurioita ja tulehduksia, sukupuolitauteja, hepatiittia ja jäykkäkouristusta (likaisista injektioneuloista), aivoverenvuotoa ja halvaantumista. (Havio ym. 2008.)

Kokaiinin käyttö raskaana olevien naisten keskuudessa on Suomessa vielä harvinaista. Äidin kokaiinin käyttö raskausaikana on sikiölle vaarallista. Kokaiini läpäisee istukan ja pääsee sikiön verenkiertoon, jossa se vaikuttaa aivojen soluihin ja kemiaan sekä aivojen kasvuun ja selviytymiseen. Kokaiinin käyttö raskausaikana voi aiheuttaa istukan ennenaikaisen irtoamisen, ennen aikaisen synnytyksen tai keskenmenon. Kokaiini vaikuttaa sikiön näön ja kuulon kehitykseen. Äidin käyttämä amfetamiini läpäisee myös istukan helposti sekä heikentää verenvirtausta istukassa ja napanuorassa. (Pitkänen 2006.) Amfetamiini aiheuttaa sikiölle sydänvikoja, suu- ja kitalakihalkioita, raaja-anomalioita ja ennenaikaisuutta. Äidille amfetamiini aiheuttaa verenpaineen nousua ja vie pois nälän ja väsymyksen tunteet. (Karling ym. 2009: 87.) Äidin näläntunteen heikkeneminen johtaa helposti sikiön aliravitsemukseen. Kokaiini ja amfetamiini aiheuttavat vastasyntyneelle vieroitusoireita, jotka ilmenevät poikkeavana itkuisuutena, tärinänä, vapinana, oksenteluna, kohonneena verenpaineena, ärtyneisyytenä ja imemisvaikeutena. (Pitkänen 2006.)

4.2.4 Opiaatit

Opiaatteihin lukeutuvat morfiini ja heroini sekä synteettiset lääkevalmisteet kuten buprenorfiini, metadoni, kodeiini ja dekstropropoksifeeni. Opiaattia saadaan kasvista nimeltä oopiumunikko. Oopiumista valmistetaan morfiinia ja siitä voidaan edelleen kemiallisesti valmistaa laitonta heroiniä. Opiaatit toimivat keskushermostoa lamauttavasti. Opiaatteja käytetään lääkeaineena kivunlievitykseen. Heroini on ruskean tai vaalean sävyistä jauhetta, jota käytetään huumaustarkoitukseen suunkautta tai injektiona. Opiaatit aiheuttavat erittäin voimakkaan riippuvuuden nopeasti. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat voimakas hyvänolon tunne, euforia, sekavuus, pulssin hidastuminen, verenpaineen lasku, hengityskeskuksen lamaantuminen, yskänärsytys, ruokahaluttomuus, silmäterien supistuminen, kivun aistimuksen heikkeneminen ja uneliaisuus. Jatkuvan käytön vaikutuksia ovat epäpuhtauksien aiheuttamat sydän- ja verenkiertoelimestön, hermoston sekä maksan pysyvät tai korjautuvat vauriot, ylähengitystietulehdukset, keuhkotuberkuloosi, tarttuvat taudit (AIDS, HIV), pahoinvointi, ummetus, ruuansulatusvaivat, aliravitsemus, impotenssi, kuukautishäiriöt, hedelmällisyyden heikkeneminen naisilla, keskenmenot, eristäytyneisyys ja passivoituminen. Elämä alkaa pyöriä päihteiden

den hankinnan ympärillä, mikä johtaa rikollisuuteen. Opiaateista aiheutuvat vieroitusoireet ovat voimakkaita. (Havio ym. 2008.)

Opiaattien käyttö raskauden aikana vaarantaa sekä äidin että sikiön hengen. Raskauden aikainen verenvuotoriski ja istukan ennenaikaisen irtoamisen riski kasvaa. Opiaattien käyttö kasvattaa ennenaikaisen synnytyksen riskiä sekä erilaisten infektioiden riskiä. Sikiö saattaa kärsiä hapenpuutteesta ja sen kasvu voi hidastua. Opiaateille altistuneilla lapsilla esiintyy munuais- ja aivoepämuodostumia ja sydänvikoja. Vastasyntynyt kärsii voimakkaista vieroitusoireista, joihin kuuluu tuskaisuus ja levottomuus. Pahimmillaan vieroitusoireet voivat johtaa sydämenpysähdykseen 3 - 4 viikon iässä. Kätkyt kuoleman riski on suurempi opiaateille altistuneilla lapsilla. (Pitkänen 2006.) Opiaateista heroinin käyttö on harvinaista raskaana olevien naisten keskuudessa Suomessa (Karling ym. 2009: 87).

4.2.5 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit aiheuttavat käyttäjälleen aistiharhoja. Hallusinogeenistä voimakkain aistiharhoja aiheuttava huume on LSD (lysergihappodiatyyliamidi, lysergidi), muita ovat mm. meskaliini, eräät sienet ja kasvien siemenet sekä ekstaasi (MDMA). LSD:tä käytetään tabletteina, kapseleina, pieninä paloina tai imeytettynä sokeri- tai paperipaloihin. LSD on vaarallinen psyykkisten vaikutusten vuoksi, koska se aiheuttaa käyttäjälleen voimakkaita aistiharhoja, kuten kuulo- ja näköharhoja sekä ajantajun, etäisyyksien ja suhteiden arvioinnin vääristymiä. Välittömiin vaikutuksiin kuuluu myös oman ruumiin kuvan vääristyminen epärealistiseksi ja itsensä ja ympäristön välisen rajan hämärtyminen, käyttäjä voi kokea minän jakautumista tai kuvitella tarkkailevansa itseään ulkopuolisena. Aistimukset voivat vääristyä siten, että esimerkiksi värit muuttuvat ääniksi ja musiikki muuttuu näkyväksi. Käyttäjän pulssi kiihtyy, ruumiinlämpö nousee, verenpaine kohoaa ja esiintyy oksentelua, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. Jatkuva käyttö aiheuttaa vainoharhaisuutta, masentuneisuutta, mielialan vaihtelua, seksuaalisen mielenkiinnon vähenemistä ja mielisairauden puhkeamista sekä itsemurhia. (Havio ym. 2008.)

Hallusinogeenien käyttö on raskaana olevien naisten keskuudessa Suomessa harvinaisempaa. Merkittäviä kansainvälisiä tutkimuksia sen sikiölle aiheuttamista komplikaatioista ei juuri ole. (Pitkänen 2006) LSD:n tiedetään aiheuttavan keskenmenon ja ennenaikaisen synnytyksen riskin. Lapset syntyvät alipainoisina ja heillä voi olla epämuodostumia ja kromosomivaurioita. (Havio ym. 2008.)

4.3 Asiakkaan kohtaaminen hoitotyössä

Kohtaaminen on toista ihmistä kohti käymistä. Ammattihenkilön kohdatessa toisen ihmisen, ovat suoritukset unohdettava. Ei ole olemassa yhtä ainoaa tapaa sanoa oikeita sanoja tietyssä tilanteessa. Ei ole olemassa yleispätevää ohjetta, jonka avulla kuka tahansa pääsee yli ahdingosta. Aitoa kuuntelemista ja läsnäoloa ei ole, jos ammattihenkilöllä on vastaus valmiina. Kuuntelemaan ei pysty, jos läpi tilanteen mietitään mitä neuvoja olisi järkevää antaa. Suorittamisen tilalle olisi terveydenhuollon ammattihenkilön opeteltava olemista, neuvomisen tilalle jakamista ja ymmärtämisen tilalle välittämistä. Aito kohtaaminen tulee mahdolliseksi, kun ihmisten elämänpiirit saavat kosketuspinnan keskenään. Aito kohtaaminen ei tarkoita, että yritetään ymmärtää asiakasta, vaan se syntyy vakavasti ottamisen, läsnäolon ja jakamisen kautta. (Mattila 2007:12-14.)

Aikojen saatossa päihdetyö on kehittynyt huomattavasti. Vain kymmeniä vuosia sitten päihdeiden käyttöön suhtauduttiin torjuvasti ja rankaisevasti. Nykypäivänä kehitys on mennyt pitkälle. Torjuva asenne on muuttunut sallivaksi asenteeksi. (Mattila 2007:56.) Vaikka kehitystä on tapahtunut, moni sairaanhoitaja kokee päihdeongelmaisen kohtaamisen erittäin haastavaksi tilanteeksi. Päihdeongelmaisen hoitotyön asiakkaan kohtaamisen perustana ovat hoitotyön etiikka, terveydenhuollon ammattihenkilön tietoisuus ja reflektiotaito eettisissä päätöksentekotilanteissa. (Havio ym. 2008:18-19.) Naisten päihdeiden käytön ja päihdeongelman erityisluonteen ymmärtäminen on ennen kaikkea lähestymistapa tai ajattelumalli, ei niinkään yksittäinen työmenetelmä (Boelius 2008:80).

4.3.1 Hoitava kohtaaminen

Sairaanhoitajan toiminta on monimuotoista. Se on sekä sisäistä, että ulkoista näkyvää toimintaa. Sisäinen toiminta tarkoittaa omien tunteiden ja ajatuksien käsittelyä. Hoitavalla kohtamisella tarkoitetaan sairaanhoitajan hoidollista ja ammatillista asennoitumista asiakkaaseen. Päihdehoitotyössä hoitavan kohtaamisen tunnusmerkkejä ovat sairaanhoitajan asennoituminen ja suhtautuminen päihdeidenkäyttäjään myönteisesti, kunnioittavasti ja hyväksyvästi.

Tuloksellista asiakkaan kohtaamista voidaan tarkastella eettisestä näkökulmasta. Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen päivittäin tekemistään eettisistä valinnoista. Hänen tulee pystyä arvioimaan omaa eettistä päätöksentekotaitoaan itse, sekä työtovereiden kanssa. Päihdehoitotyössä toimivan sairaanhoitajan eettistä tietämistä ovat terveyden- ja sosiaalihuollon valtakunnalliset tavoitteet, säännöt ja toimintaohjeet sekä EU:n direktiivit ja suositukset. Lisäksi hoitaja toimii työssään lakien, ammattikunnan lakisääteisten velvollisuuksien, oikeuksien ja säädösten alaisena. Eettisen pohjan luojana päihdehoitotyössä ovat terveydenhuollon ammatikuntien yhteiset ja ammattikuntakohtaiset säännöt, laatuvaatimukset ja periaatteet. Sairaanhoitajille ja terveydenhuollon muille ammattihenkilöille on Sairaanhoitajaliitto ja Kansainvälinen sairaanhoitajajärjestö luonut sairaanhoitajan eettiset ohjeet, jotka tukevat ter-

veydenhuollon ammattihenkilöiden eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Eettisissä ohjeissa ilmaistaan väestölle ja terveydenhuollon ammattihenkilölle sairaanhoitajan perustehtävät. Perustehtävät ovat terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimysten lievittäminen. (Havio ym. 2008: 18-19.)

Hoitotyön eettisistä ohjeista, laeista, säädöksistä ja ihmisoikeuksien julistuksesta johdetaan hoitotyön periaatteisiin. Hoitotyön periaatteita ovat integriteetti eli koskemattomuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus, asiakaslähtöisyys, vastuullisuus ja terveyskeskeisyys. Eri hoitoyksiköissä on usein määritelty periaatteita yksikössä ja miten se toimii tietyssä yksikössä käytännössä. Päihdehoitotyössä asiakkaan kohtaaminen ei ole yksilitteinen käsite. Arvostavaan ja kunnioittavaan kohtamiseen liittyy useita eri hoitotyön periaatteita, jotka vaikuttavat luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumiseen. (Havio ym. 2008: 18-19.)

Yksilöllisyyden periaatteen mukaan asiakkaan elämäntilanne ja yksilölliset kokemukset ja niiden merkityksellisyys otetaan vastaan aidosti kuunnellen ja arvostelematta, aikaa antaen ja ihmisarvoa kunnioittaen. Asiakaslähtöisyyden periaatteen mukaan asiakkaan tulee tuntee olevansa mukana häntä itseään ja hänen hoitoaan koskevissa tärkeissä päätöksissä ja hoitosuunnitelman laatimisessa. Terveyskeskeisyyden periaatteen mukaan asiakas kohdataan niine huolineen joita hän tuo esiin keskustelussa ja pidetään niitä tärkeinä lähtökohtina ongelmien ratkaisussa. Sairaanhoitaja luottaa asiakkaan omiin voimavaroihin, jotta asiakas itse voi tehdä päätöksiä hoitonsa suhteen ja ratkaisujen löytämiseksi. Itsemääräämisen ja omatoimisuuden periaatteen mukaan sairaanhoitaja kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta aina, ellei se ole päihteidenkäyttäjän tai välittömän ympäristön turvallisuuden vastaista. Itsemääräämisen ja omatoimisuuden periaatteen noudattamiseen sisältyy myös päihteidenkäyttäjän oikeus saada tietoja omasta hoidostaan ja tarjolla oleviin hoitomahdollisuuksiin, jotta asiakas voi itse tehdä päätöksiä oman hoitonsa suhteen. (Havio ym. 2008: 19)

Sairaanhoitajan ja päihteidenkäyttäjän ensikontakti ja vuorovaikutuksen laatu vaikuttavat merkittävästi hoitosuhteen luomiseen, ylläpitämiseen, lopettamiseen ja koko hoidon onnistumiseen. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoitohenkilökunnan asenteet päihteidenkäyttäjiä ja päihdehoitotyötä kohtaan ovat edelleen enimmäkseen negatiivisia, pessimistisiä ja toivottomia. Arvostava ja hoitava kohtaaminen on erittäin tärkeä lähtökohta onnistuneelle hoidolle päihdehoitotyössä. Päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamisessa tunnusmerkkinä on sairaanhoitajan suhtautuminen päihteidenkäyttäjään myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. (Havio ym. 2008: 19-20.)

Ammatillinen, empaattinen ja hyväksyvä kohtaaminen voi toteutua jos sairaanhoitaja kykenee pitämään asiakasta vertaisenaan, mutta toisaalta erillisenä itsenäisenä yksilönä. Toisaalta

sairaanhoitaja kokee kohtaamisessa kaksi samanarvoista ihmistä, toisaalta ammatillisesta näkökulmasta hän näkee itsensä ammatillisesti auttajan roolissa ja asiakkaan apua tarvitsevan roolissa. Buberin mukaan ammatillinen hoitava kohtaaminen samanaikaisesti symmetrinen, yhdenvertainen minä-sinä-suhde sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä ja toisaalta epäsymmetrinen minä-se-suhde, jossa sairaanhoitaja on ammatillisessa roolissaan ja päihteidenkäyttäjä on asiakkaan ja avun tarvitsijan roolissa. (Buber 1999.) Minä-sinä-suhteessa sairaanhoitaja ja asiakas kohtaavat toisensa samanarvoisina läheisessä vuorovaikutuksessa. Minä-sinä-suhteessa sairaanhoitaja hyödyntää keskustelusta herääviä omia kokemuksiaan ja tuntemuksiaan, joiden kautta hän pyrkii vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Minä-se-suhteessa sairaanhoitaja hyödyntää objektiivista ja ammatillista tieto-taitoaan asiakkaan auttamisessa. Sairaanhoitaja ottaa tietoisesti etäisyyttä asiakkaan ja itsensä välillä, jotta tilannetta voi objektiivisesta näkökulmasta arvioida ja tehdä hoidollisia päätöksiä. Näiden kahden näkökulman tulee olla tasapainossa, jotta luottamuksellinen hoitosuhde voi muodostua. Jotta sairaanhoitaja kykenee näiden kahden näkökulman toteuttamiseen, on hänellä oltava kyky tunnistaa omia tunnetilojaan ja reaktioitaan päihdehoitotyön eri tilanteissa. Itsetuntemukseltaan vahva ja tunteensa tiedostava sairaanhoitaja kykenee käsittelemään päihdehoitotyössä syntyneitä haastavia ajatuksia ja tunteita ja tilanteita päihteidenkäyttäjän inhimillistä kasvua tukevalla ja terveyttä edistävällä tavalla. Ammatillisen kasvun ja kokemusten karttumisen lisäksi sairaanhoitajan oma persoonallinen kasvu ja itsetuntemuksen lisääntyminen mahdollistavat hoitavan päihdeongelmaisen kohtaamisen. (Havio ym. 2008:24-27.)

Luottamus ja luotettavuus ovat kaiken inhimillisen kanssakäymisen yksi tärkeimmistä osista. Luotettavuus muodostuu monista perustekijöistä. Yksi perustekijöistä on vaitiolovelvollisuus, joka koskee kaikkia sosiaali- ja terveysalalla työskenteleviä ammattihenkilöitä. Luotettava työntekijä toimii aina asiakkaan parhaaksi, asiakkaan käyttäytymisestä tai hänen taustoistaan huolimatta. Luotettavuus on sairaanhoitajan ammatillisuutta, hän osaa ja tekee työnsä parhaalla pystymällään tavalla. Asiakkaan näkökulmasta luotettavuuden perustana on työntekijän luotettavuus. Luottamus perustuu lisäksi kunnioitukseen ja ymmärretyksi tulemisen kokemukseen. (Mattila 2007:23-26.) Luottamus ei synny tyhjästä. Sitä ei voi pakottaa eikä määrätä ylhäältä käsin. Luottamus ei synny yrittämällä, se syntyy kokemalla ja välittämällä. (Boelius 2008:82.)

Luottamuksellisuus on yksi hyvän kohtaamisen edellytyksiä. Luottamuksellisuuteen sisältyy asiakkaan tunne siitä, että sairaanhoitajalla on halu ja pyrkimys auttaa ja ymmärtää häntä. Luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu päihdeongelmaisen asiakkaan ainutlaatuisuutta kunnioittavalle asennoitumiselle ja hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaiselle huomioimiselle. Tällaisessa hoitosuhteessa asiakkaalla on mahdollisuus olla tapaamisissa oma itsensä, tuntea itsensä hyväksytyksi ja puhua avoimesti asioistaan. Päihteiden ongelmakäyttäjän kohtaamisessa sairaanhoitajan tulee olla kokenut ja tottunut puhumaan päihteistä suoraan. Mikäli sai-

raanhoitajalla ei ole kokemusta päihteistä puhumisesta ja niihin liittyvien tunteiden käsitte-lystä, voi se muodostua esteeksi luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumiselle. Luottamuk-sen rakentuminen edellyttää realistista hoidon tarpeen arviointia yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan tulee saada tietää kaikki mahdolliset hoitovaihtoehdot ja saada siten itse yksilönä vaikuttaa omaan hoitoonsa yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Päihteiden ongelmakäyttäjän luottamusta hoitoon lisää myös tietoisuus siitä, mihin hakeutua päivystysaikoina, sillä se lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Lisäksi on tärkeää, että asiakkaalle ilmoitetaan ajoissa, jos oma sairaanhoitaja on poissa tai työvuorot ovat muuttuneet. Turvallisuutta ja luottamusta asiakkaan näkökulmasta lisää myös se, että hän tietää kenen hoitajan puoleen kääntyä jos omahoitaja ei ole paikalla. Hoitosuhteen luottamuksellisuus on perusta hyvän hoitosuhteen muodostumiselle ja apua tarvitsevan ihmisen auttamiselle. (Havio ym. 2008: 24-27.)

Rehellisyys ja rohkeus ovat tärkeitä ominaisuuksia päihdehoitotyötä tekeväälle sairaanhoitajal-le. Rehellinen, suora ja silti kunnioittava palaute päihteidenkäyttäjälle lisää hänen luotta-mustaan siihen, että hänestä välitetään ja häntä halutaan auttaa. Palautteen avulla päih-teidenkäyttäjä kohtaa oman elämäntilanteensa ja sen epäkohdat. Tämä tukee asiakkaan omanarvontunnetta ja edistää hänen haluaan sitoutua yhteistyöhön ja yhteisesti sovittuihin tapaamisiin. Aito ja rehellinen läsnäolo asiakkaan kohtaamisessa on yksi lähtökohta hyvän hoitosuhteen muodostumiselle. Sairaanhoitaja tarvitsee myös rohkeutta ja kokemusta ottaa vaikeita asioita esille ja puhua niistä suoraan. Rehellisyys ja rohkeus eivät tarkoita esimerkiksi kielteisten tunteiden ilmaisemista loukkaavalla tavalla. Toisaalta se ei tarkoita hoitosuhteen rakentamista pelkästään myönteisen palautteen varaan. Päihdehoitotyössä on tärkeää, että sairaanhoitajalla on tilaudentajua. Tarvittaessa hän voi suodattaa asiakkaan valkoisia valhei-ta, kunhan ne ovat suhteellisen harmittomia, eivätkä vaadi välitöntä asian esille ottoa. (Havio ym. 2008: 28-29.)

Päihdehoitotyössä toimivalla sairaanhoitajalla tulee olla tarpeeksi nöyryyttä. Nöyryys tarkoit-taa ammatillisesti sitä, että sairaanhoitaja kykenee hyväksymään sen tosiasian, että päih-teidenkäyttäjä voi aloittaa uudelleen päihteidenkäytön, riippumatta yhdessä tehdyistä suun-nitelmista, päätöksistä ja lupauksista. Nöyryys auttaa sairaanhoitajaa hyväksymään oman rajallisuutensa ja sen, ettei aina voi onnistua. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa omia itsetunto-ongelmia, voimakkaita kielteisiä tunteita, liiallisia tehokkuusvaatimuksia ja täydellisyyden tavoittelua. Luja ammatti-identiteetti kestää myös omaa tietämättömyyttä ja keinottomuut-ta. (Boelius 2008:84.) Sairaanhoitajan tulee tuntea itsensä ja kyetä käsittelemään työssä esil-le tulevia asioita sekä hyväksyä itsensä sellaisena kuin on, jotta hän jaksaa työssään ja voi kehittyä siinä (Havio ym. 2008: 29-30).

4.4 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa laajaan lakien, ammattikäytäntöjen sekä suositus- opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostoon. Ohjauksen osalta kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoitolakia voidaan soveltaa käytännön toimintaan. Kansanterveyslaissa käsitellään terveysneuvontaa, terveystarkastuksia, neuvontaa, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Hoitotyön ohjauksen periaatteita ei laeissa määritellä, mutta ne ovat sovellettavissa. Erikoissairaanhoitolakiin kuuluvan lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia osia ovat neuvonta sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta. (Kyngäs ym. 2007:12-15.)

Kansanterveyslain 14§ mukaan kunnan tulee huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut. Kunnan tulee järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Erikoissairaanhoitolain 1§ mukaan erikoissairaanhoitoon sisältyy lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Läkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja - mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta sekä muut näihin rinnastettavat toiminnot siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäviksi. Lisäksi lakia potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan soveltaa hoitotyön ohjaamiseen. Lain mukaan asiakkaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeus hoitoon pääsyyn, oikeus saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito tarkoittaa asiakkaan kohtaamista kunnioittavasti. Asiakkaan ihmisarvoa ei loukata ja hänen vakaumuksiaan ja yksityisyyttä kunnioitetaan. (Kyngäs ym. 2007:15,16.)

Ohjaus käsitteenä on moniulotteinen. Ohjaus sekoitetaan helposti sen lähikäsitteiden kanssa. Lähikäsitteitä ovat tiedon antaminen, neuvonta ja opetus. Vaikka nämä käsitteet saattavat tuntua toistensa synonyymeiltä, on niissä kuitenkin eroja. Opetus sisältää suunniteltuja toimintoja, jotka vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen. Hoitaja laatii siis yhdessä asiakkaan kanssa oppimissuunnitelman sekä tarjoaa oppimiskokemuksia sen toteuttamiseen. Ohjaus sen sijaan edeltää opetusta. Ohjauksessa on kysymys siitä, että hoitaja ja asiakas yhdessä selkiyttävät asiakkaan tilannetta, jotta asiakas voisi muodostaa oman ongelmanratkaisutavan. Neuvonta on prosessi, jossa hoitaja päättää opeteltavan asian ja siten auttaa asiakasta tekemään valintoja oman hoitonsa suhteen. Neuvonta siis eroaa ohjauksesta siten, että ohjauksessa vältetään antamasta suoria neuvoja. (Vehviläinen 2001.) Tiedon antamisessa kirjallisen materiaalin käyttö on olennaisessa asemassa. Vuorovaikutus on siinä vähäisempää kuin neuvonnassa ja ohjauksessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa. Ohjauksen perustana on molemminpuolinen vuorovaikutus asiakkaan ja hoitajan välillä. Hyvin onnistuessaan ohjauksella on merkittävää vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen, sekä terveyttä edistävään toimintaan. Nykyään hyvässä ohjauksessa painotetaan asiakkaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, asiakkaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta sekä asiantuntijuuden jakamista hoitajan ja asiakkaan välillä. Hoitajan tavoitteena on auttaa asiakasta käsittelemään kokemuksiaan ja ratkaisemaan ongelmia tai löytämään erilaisia tapoja toimia. Tärkeää on muistaa, että asiakas on aina oman tilanteensa asiantuntija. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

4.4.1 Ohjausprosessi

Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta tehdä omaa terveyttään koskevia, terveyttä edistäviä päätöksiä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitaja tukee päätöksentekoprosessia, pidättäytyen esittämään valmiita ratkaisuja. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa. Se sisältää myös tiedonantoa, mikäli asiakas ei ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen keskustelu, jossa asiakas itse tekee ratkaisun. Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjauksessa olennaisia piirteitä ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Ohjauksessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. (Kyngäs ym. 2007:25,26.)

Ohjausprosessi alkaa yleensä asiakkaan esille tuomista ongelmista tai asioista, joita asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairaudelleen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ohjauksen tarve ja käynnistää ohjausprosessi yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksessa lähdetään aina yhdestä tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka on erilainen kun lähtötilanne. Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjaustarpeen selvittämiseksi asiakasta voi pyytää kertomaan terveysongelmastaan, sen mahdollisista syistä ja vaikutuksista sekä siitä, mitkä ovat hänen odotuksensa ohjauksesta ja sen tuloksista. (Kyngäs ym. 2007:26,27.)

Onnistunut ohjaus ja uusi syntyvä tilanne on aina sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin. Asiakkaan taustatekijät muodostavat todellisuuden, jossa hän elää ja toteuttaa hoitoaan. Asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet asettavat hoitajalle suuria haasteita. On erilaista ohjata lasta, murrosikäistä tai ikääntynyttä. Ennen ohjaustilannetta on otettava selvää esimerkiksi taustalla olevista sairauksista. Ikääntyneellä saattaa olla jokin muistisairaus, jolloin ohjauksen luonne tilanteesta riippuen muuttuu.

Hyvin motivoituneen itsestään huolehtivan ohjaus taas on erilaista kuin esimerkiksi päihdeongelman ohjaus. Jos asiakkaan taustatekijöitä ei huomioida, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä, eikä ohjaus silloin perustu yksilöllisyyteen ja asiakkaat saavat ohjauksesta vaihtelevasti tarvittavan hyödyn. Ohjaukseen merkittävästi vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Taustatekijät ovat ohjauksen yksi tärkeimmistä lähtökohdista, jotka tulee huomioida ennen ohjausprosessin käynnistämistä. (Kynäs ym. 2007:26-28.)

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila, jotka vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Päihdeongelman ohjaamisessa on aina omat haasteensa. Asiakas saattaa vältellä ohjausta, hän saattaa unohtella asioita tai kieltää niitä. Ohjauksen näkökulmasta oma haasteensa ovat asiakkaat, jotka kokevat itsensä terveeksi, mutta joiden terveydentila vaatisi välitöntä hoitoa. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Asiakkaan motivaatio vaikuttaa haluun omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa käsiteltävät asiat itselleen tärkeiksi. Ohjauksen kannalta merkittäviin sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat sosiaaliset, kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Ohjausprosessissa on tärkeää ymmärtää, että asiakkaan ja hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Muita ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä ovat ympäristön tekijät. Hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö vaikuttavat ohjausprosessiin. Lisäksi ohjaukseen voi vaikuttaa ensivaikutelma hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä, sillä nämä tekijät luovat pohjaa odotuksille ja merkitsevät asiakkaille paljon. Merkittävin ympäristötekijä on huone tai tila, jossa ohjausprosessi toteutetaan. (Kynäs ym. 2007:29-38.)

Ohjausprosessi etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjauksen yhtenä tavoitteena on, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät käydyn keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat näin yhteisymmärryksen. Sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välistä vuorovaikuttamisesta, joten ohjattavan asian selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota. Sanatonta viestintää ovat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Nykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia, joista hoitaja usein päättlee osan asiakkaaseen liittämistä käsityksistään. Vastuu vuorovaikutuksessa on hoitajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksessa käytettävän vuorovaikutuksen tulee olla kaksisuuntaista, jolloin vuorovaikutuksella on rakenne, mutta sen eteneminen on joustavaa. Lisäksi vuorovaikutuksen tulee olla tavoitteellista, muttei kaavamaisista. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on asiakkaan ja hoitajan molemminpuolinen kunnii-

oitus toisen osapuolen asiantuntijuutta kohtaan. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei voi olla, elleivät molemmat ohjauksessa olevat osapuolet ole aktiivisia ohjauksen suhteen. Asiakasta tulee tukea kertomaan taustatekijöistään, tarpeistaan ja odotuksistaan, jotta hoitaja ja asiakas voivat yhdessä muodostaa ohjauksen tavoitteet ja tarpeet. Hoitajalla on ammatillinen vastuu edistää asiakkaan valintoja, jotka liittyvät hänen terveyteensä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää asiakkaan valmiuksista ottaa vastuuta toiminnastaan. Hoitajan tehtävänä on rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja auttaa asiakasta ymmärtämään ratkaisujen merkityksen terveydelle. (Kyngäs ym. 2007:38-43.)

4.4.2 Päihdeongelmaisen raskaana olevan asiakkaan ohjaus

Äitiys ja päihteet ovat varsin hanakala yhtälö, joka laittaa kenen tahansa tunteet, asenteet, ajatukset sekä osaamisen koetukselle. Inhimilliseksi asian tekee se, että se on vaikea niin äideille itselleen kuin työntekijöillekin. (Boelius 2008.) Päihdeongelmainen asiakas on hoitotyössä haaste, johon tulisi jokaisen hoitajan rohkeasti tarttua. Yleisenä ongelmana on se, ettei raskaudenaikaista päihteidenkäyttöä osata ottaa puheeksi, eikä siihen tohdita puuttua. Äitiysneuvolat ovat avainasemassa päihdeongelmaisten asiakkaiden tunnistamisessa ja heidän eteenpäin ohjaamisessa. Suuri osa päihteiden ongelmakäytöstä jää edelleen tunnistamatta. Usein naiset pyrkivät salaamaan päihteidenkäyttönsä mahdollisimman pitkään ja avun hakeminen viivästyy häpeän ja syyllisyyden tunteiden takia. Neuvolan työntekijä kokee usein alkoholin- ja päihteidenkäyttöä koskevien kysymyksiensä esittämisen kiusalliseksi. Apuvälineinä asiakkaan päihteidenkäytön kartoittamisessa käytetään haastattelun ohella erilaisia strukturoituja lomakkeita, kuten AUDIT-, Mast- ja SADD-kyselyjä. Yleisimmin käytetään Audit-kyselyä (Alcohol use disorders identification test). Kyselyn tarkkuus alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa on noin 90 prosenttia. (Manninen 2009:8-9.) Mikäli asiakas kertoo omasta päihdeongelmastaan tai hoitaja epäilee asiakkaan käyttävän päihteitä, on hänen ohjattava asiakas jatkohoitoon erityisäitiyspoliklinikalle (Leppo 2005).

Päihdeongelmaisen raskaana olevan äidin ohjauksessa on tärkeää kohdella asiakasta samalla tavalla kuin muitakin äitejä; ystävällisesti, positiivisella asenteella ja moralisoimatta. Työntekijän on tärkeää tutkia omia asenteitaan päihteidenkäyttäjiä kohtaan, sillä kielteiset asenteet välittyvät usein puhetapaan, äänensävyihin ja ruumiinkieleen. Päihdeongelmaisen ohjauksessa tarvitaan joustavuutta ja ymmärtäväisyyttä. Työntekijälle asettaa ison haasteen se, että raskaus on vaikeiden päihde- ja mielenterveysongelmien lievittymisen kannalta kovin lyhyt ajanjakso ja kuitenkin ongelmien lievittymiseen on pyrittävä silti asiakasta ahdistamatta. (Leppo 2005.)

Ohjaamisprosessissa on edettävä kärsivällisesti ja pienin välitavoittein. Äidit kaipaavat paljon tukea, realiteettien esiintuomista ja kannustamista yrityksissään päihdeettömyyteen. Päih-

teidenkäytön vähentyessä tulee esiin monenlaisia tunteita ja muistoja menneestä, jotka saattavat ahdistaa äitiä ja hän kaipaa paljon tukea jaksakseen päihteettä. Erityisäitiyspoliklinikoilla puhelin on paljon käytetty työväline. Varsinaista puhelinaikaa ei ole, vaan hoitajat ovat päiväsaikaan aina tavoitettavissa sekä asiakkaille, että yhteistyökumppaneille. Vuorovaikutukselliset hoitosuhteet sisältävät käytännön hoitotoimenpiteitä, informaatiota, keskustelua, kuuntelua, realiteettien esiintuomista ja huolenpitoa. Erityisäitiyspoliklinikan vastaanotolla keskustellaan päihteidenkäytöstä, päihteettömyydestä, raskaudesta, synnytyksestä, vauvasta, vanhemmuudesta, parisuhteesta, mielialasta ja monista muista äidin elämään vaikuttavista asioista. Hoidon tavoitteena on äidin päihteidenkäytön väheneminen tai päihteettömyys sekä turvallisten kasvuolosuhteiden aikaansaaminen sikiölle ja vastasyntyneelle. (Keski-Kohtamäki 2005.)

Päihdeongelmaisen ohjaamisessa hoitajan asiantuntijuus on tärkeässä asemassa. Hoitohenkilökunnan tulisi hankkia mahdollisimman paljon tietoa päihteidenkäytöstä, sen vaikutuksista raskauden aikana, sekä mielenterveyden tukemisesta. Asiakasta kunnioittava avoimuus ja auttamishalu ovat tärkeitä tekijöitä äidin ja perheen kohtaamisessa. Hoitohenkilökunnan asenteita päihdeongelmaisia kohtaan tulisi kehittää myönteisempään suuntaan, sillä asiakkaan päihdeongelma saattaa jäädä tunnistamatta, jos hoitajalla itsellään on kielteiset tunteet päihteidenkäyttäjistä. Hoitajan taustatekijät saattavat olla estävä tekijä päihdeongelman tulemiseksi esille. Onnistuneen ohjaustilanteen edellytyksinä ovat molemminpuolinen ymmärrys ja yhteiset tavoitteet onnistuneelle ohjaukselle. Työntekijältä vaaditaan voimia, pitkäjänteisyyttä ja keskeneräisyyksien sietämistä. (Keski-Kohtamäki 2005.)

5 Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen terveydenhuollossa

Tiedonhaulla saadut tulokset käsiteltiin sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan useamman tietoaaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavat ilmiöt ovat lyhyesti ja yleistävästi kuvailtavissa tai, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi tuotua esille (Janhonen & Nikkonen. 2001). Sisällönanalyysi on paljon käytetty menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä voidaan käyttää monella eri tavalla. Sisällönanalyysi on tapa järjestää, kuvailla ja tulkita tutkittavaa ilmiötä. Analysoitava aineisto voi olla laadullista, verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja tai se voi olla kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia ja sen analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset sekä oivalliskyky. (Janhonen & Nikkonen 2001.)

Sisällönanalyysissa olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien käsitteiden on oltava toistensa poissulkevia sekä yksiselitteisiä. Tutkijan on pystyttävä pelkistämään aineistonsa siten, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tekstistä löytävät sanat ja muut yksiköt luokitellaan samaan kate-

goriaan merkityksen perusteella. Käsitteiden samanlaisuus riippuu tutkimuksen tarkoituksesta siten, että voidaan yhdistää synonyymeja tai sisällöltään samaa tarkoittavia sanoja. Sisältö-analyyseissa on tarkoitus kuvata aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aiomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Sisällönanalyysin tavoitteena on rakentaa malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällönanalyysi sopii strukturoimattomaan aineistoon. Sitä voidaan käyttää kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Analyysin lopputuloksena on tutkittavan ilmiön kokonaisuus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, sekä tuotetaan ilmiötä kuvaavia kategorioita. Tässä työssä analyysi on tehty Kyngäksen ja Vanhasen sisällönanalyysimallia mukaillen. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tähän opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista ja artikkeleista etsittiin yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia sekä tuloksia, jotka erityisesti korostuivat tutkimuksissa. Sisällön analyysissä ensiksi muodostetaan alakategoriat ja sen jälkeen yläkategoriat. Täten löydettiin tutkimustehtävään vastaavat käsitteet.

Kaikissa tutkimuksissa nousi esille hyvän asiakassuhteen ja luottamuksen merkitys. Hoitajan hyviä vuorovaikutustaitoja pidettiin tärkeänä ja sosiaalisen tuen tarve korostui. Edellä mainitut hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot, luottamuksellinen asiakassuhde ja sosiaalinen tuki muodostuivat tässä työssä pääkategorioiksi. Hoitajan hyvien vuorovaikutustaitojen merkitys tuli esille kaikissa tutkimuksissa. Vuorovaikutustaidot ovat keskeinen tekijä luottamuksellisen asiakassuhteen muodostumiselle ja sitä kautta päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen hoidolle ja kuntoutukselle. On ensiarvoisen tärkeää, että hoito tulee ajoissa. Ennen kuntoutuksen alkua asiakkaiden elämä on ollut raskasta, rikkovaa ja voimia vievää. Lähtökohtana tulee olla ystävällisyys, aitous, aito välittäminen, asiakkaan kunnioittaminen ja myönteisyys. (Hyytinen 2008.) Taulukko 2.

KOHTAAMINEN

Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot	Luottamuksellinen asiakassuhde	Sosiaalinen tuki
<ul style="list-style-type: none"> • Ystävällinen ja ennakkoluuloton asenne • Aito läsnäolo ja empatia • Positiivisen ja negatiivisen palautteen antaminen • Rohkaiseva ja innostava asenne 	<ul style="list-style-type: none"> • Luottamuksellisuus ja turvallisuus • Motivoiva kohtaaminen • Joustavuus • Hoidon suunnitelmallisuus • Tasa-arvoisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitaja saatavilla • Vertaistuki • Perheen, puolison ja ystävien tuki • Moniammatillinen yhteistyö • Arjen kannattelu

Taulukko 2: Tutkimustulokset

5.1 Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot

Työntekijän tehtävänä on tukea äidin omia voimavaroja, vastata heidän tarpeisiinsa ja osoittaa hyväksyntää. Apua hakiessaan ihminen on haavoittuva ja hoitajan on suhtauduttava tilanteeseen erityisen hienovaraisesti ja sensitiivisesti. Asiakas voi helposti kokea hoitajan syyllistäväksi, epäluotettavaksi ja mitätöiväksi. (Hyytinen 2008.) Tutkimuksissa ilmeni, että hyvän ja tukevan tuntuinen työskentelysuhte asiakkaan näkökulmasta on erittäin tärkeää kuntoutumisen kannalta. Hoitajan koulutukseen kuuluvien opittujen vuorovaikutustaitojen lisäksi hoitajan persoonallisilla ihmissuhdetaidoilla on merkitystä.

Tutkimuksissa ilmeni, että äidit toivoivat tasa-arvoista ja suvaitsevaista kohtaamista. Luottamusta hoitohenkilökuntaan pidettiin tärkeänä. Hoitohenkilökunnan odotettiin kohtaavan äidit kunnioittavasti ja toivoa herättävällä tavalla. Äidit toivoivat hoitohenkilökunnalta ystävällisyyttä, empaattisuutta, aitoutta ja myönteisyyttä. (Hyytinen 2008.) Hoitohenkilökunnan tulisi tutkailla omia asenteitaan päihdeäitien hoitoon ennen hoitosuhteen luomista. Aito läsnäolo ja ennakkoluulottomuus ja empaattisuus ovat avaimia suvaitsevaiseen kohtaamiseen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on motivoida päihdeäitiä reflektomaan omaa toimintaansa. Hoitajan antama positiivinen ja negatiivinen palaute kuntoutumisesta on tärkeää. Positiivinen palaute on usein äideille uusi ja yllättävä asia heidän vaikeassa ja epävarmassa tilanteessa. Aidon palautteen antaminen koettu tärkeäksi luottamuksen saavuttamisen ja asiakkaan kokemusten läpikäymisen kannalta. (Launonen & Mansnerus 2005.)

Asiakkaan tulee hoitosuhteessa saada hoivaa ja ymmärrystä, jotta hän saa koottua voimavaroja aloittaakseen päihdeettömän elämän vauvan kanssa. Hoitohenkilökunnan on lähtökoh-

taisesti luotettava asiakkaaseen, tätä pidettiin Pidä kiinni -projektissa ensisijaisen tärkeänä lähtökohtana hoitosuhteen luomiselle. Luottamus liittyy hoitohenkilökunnan asenteisiin ja tapaan suhtautua asiakkaisiin. On tärkeää luoda ilmapiiri, jossa asiakkaan motivaatiota ja kuntoutumisen tahtoa ei aseteta kyseenalaiseksi.

5.2 Luottamuksellinen asiakassuhde

Päihdeongelmaisen äidin kohtaamisessa on tärkeää ennen kaikkea hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen asiakkaaseen. Luottamus asiakassuhteessa ei ole itsestäänselvyys, vaan vähitellen kehittyvä tunne. Hoitajan on pohdittava omia asenteita ja oltava sinut niiden kanssa, jotta hän voi lähtökohtaisesti luottaa äitiin. Äiti tarvitsee hoitoon motivointia ja tukea pelkästään hoidon aloittamiseen. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä vaistota äidin tarpeet ja reagoida niihin. Päihdeongelmainen äiti on kohdattava tasa-arvoisesti ja molemminpuolinen kunnioitus on ensiarvoisen tärkeää. Toisilta saadun kunnioituksen ja arvostuksen avulla äiti voi eheyttää minä kuvaansa. Arvostelu, syyttely tai pelottelu on unohdettava. Sosiologisesti tarkasteltuna hoitotyössä on kysymys paitsi auttamis- myös valtasuhteesta. (Hyytinen 2008.)

Tutkimuksissa korostettiin hyvän asiakassuhteen merkitystä päihdeongelmaisen äidin hoidossa. Päihdeongelmainen raskaana oleva äiti kohtaa paljon tuomitsemista ja syyllistämistä. Syyllistävien asenteiden kohtaama äiti jää helposti yksin ongelmansa kanssa. Pitkäsen (2006) tutkimuksessa kuuden päihdeäidin haastattelussa nousi esille, että osa äideistä oli kokenut hoitajan olevan syyllistävä äitiä kohtaan. Äidit pitivät hoitohenkilökuntaa pääosin ammattitaitoisena, mutta hoitohenkilökunnan käyttäytymisestä kysyttäessä nousi esille myös negatiivisia kokemuksia, kuten syyllistävää asennetta päihdeäitejä kohtaan. Hoitajan syyllistävä käyttäytyminen oli vaivannut yhtä äideistä läpi raskausajan. Kaksi äideistä piti henkilökuntaa ystävällisenä ja kohteliaana. Viisi äitiä ei kuitenkaan uskonut hoitohenkilökunnan haluavan aidosti auttaa ja ymmärtää äitejä, koettiin enemmänkin, että hoitajat tekivät vain työtään. Useimmat tutkimukseen osallistuneista äideistä eivät pitäneet itseään päihdeäiteinä ja ihmettelivät esimerkiksi hoitajan ehdotusta ensikotiin menosta.

Päihdeongelmainen äiti tarvitsee yleensä runsaasti tukea hoidon aloittamiseen. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta herkkyyttä vastata äidin tarpeisiin. Pelkästään hoitoon pääsy voi olla vaikeaa. Äiti on myös saattanut vältellä hoitoon hakeutumista, koska pelkää lapsen huostaanottoa. Hoitohenkilökunnan motivoiva suhtautuminen sekä hyväksyvä ja innostava asenne äitiä kohtaan voivat auttaa kuntoutuksessa. (Sorsa ym. 2004.) Äidit tulevat sosiaalisesti erilaisista ympäristöistä ja elinolosuhteista. Hoitohenkilökunnan on tunnistettava kunkin äidin yksilölliset tarpeet ja pyrittävä vastaamaan niihin. Henkilökunnalla on haaste nähdä äidin elämäntilanne yksilöllisesti sekä kartoittaa millaisia voimavaroja hänellä on käytössään. Tällöin

hoitaja voi kohdata äidin yksilönä eikä vain päihdeäitinä. Pitkät hoitajakset ja pitkäkestoinen seuranta ovat tarpeellisia äidin hoidossa. Valmiiden hoitosuunnitelmien lisäksi hoidossa tarvitaan joustavuutta. Kohtaamisessa ei-tuomitseva asenne on erityisen tärkeää, jotta äiti kertoisi tilanteestaan ja ongelmistaan avoimesti. Äitiä tulee kunnioittaa hänen päihdeongelmastaan huolimatta, sillä äitiys on keskeistä naisen identiteetille. (Sorsa ym. 2004.) Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset negatiiviset asenteet saattavat estää hyvän hoitosuhteen rakentumisen. Äidin on tärkeää motivoitua päihdeettömyyteen ja kehittää suhde syntymättömään lapseen jo raskausaikana. Tutkimuksen mukaan (Sorsa ym. 2004) äidit kokivat tarvitsevansa sekä yksilöterapiaa, että ryhmäterapiaa. Tunnetason työskentelyssä äidit tarvitsevat paljon tukea. Tunteiden ilmaiseminen on elämänhistorian vuoksi vaikeaa. Monet äidit eivät osaa purkaa esimerkiksi aggressioita.

5.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen merkitys tuli esille kaikissa tutkimuksissa. Sosiaalinen tuki on keskeinen osa-alue päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaamisessa terveydenhuollossa.

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä ihmisten väliseksi vuorovaikutussuhteeksi, jolla on vaikutusta ihmisen hyvinvointiin. Sosiaalinen tuki voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen. Tuki voi olla päätöksentekoon saatua tukea, emotionaalista tukea tai konkreettista tukea. Sosiaalista tukea voi lisäksi jaotella tuen antajan mukaan. Tukea voidaan saada perheeltä, puolisoilta, ystäviltä, hoitajilta tai muista yksilön omaavista verkostoista. (Taipale 2005.)

Päihdeongelmainen raskaana oleva nainen tarvitsee jatkuvaa tukea kuntoutumisen mahdollistamiseksi. Sosiaalisen tuen tarve jatkuu synnytyksen jälkeen. Äidin hoidon on tärkeää jatkua lapsen syntymänkin jälkeen, jotta päihdekuntoutuksesta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty pidemmällä aikajanelle. Päihdekuntoutukseen liittyvissä tutkimuksissa ilmeni, että hoitajan saatavilla olo ja tuki on tärkeää hyvän ja luottamuksellisen asiakassuhteen muodostamisessa. Omahoitaja-järjestelmä on lisäksi tutkimusten mukaan edistävää tekijä päihdeongelmaisen äidin kuntoutuksessa. Omahoitajamalli mahdollistaa luottamuksellisen asiakassuhteen.

Ensikodissa asuvat äidit kokivat vertaistuen erittäin tärkeäksi kuntoutumisen kannalta. Asukkaat opettelevat antamaan toisilleen palautetta, arvioida omaa ja toisten toimintaa sekä toimimaan toisilleen ”lähikehityksen vyöhykkeenä”. Yhteisökuntoutuksen tavoitteena on, että asukkaat voivat saada vahvistusta motivaatiolleen ja kehitykselleen. Yhteisökuntoutuksessa asiakas voi harjoitella uusia toimintamalleja uuteen, päihdeettömään elämään vauvan kanssa. Lisäksi äidit kokevat tärkeäksi saada palautetta toiminnastaan ja kehittymisestään. Luottamuksellisessa asiakassuhteessa on myös mahdollista antaa rakentavaa, negatiivista palautetta. Palautteen avulla äiti voi pohtia tilannetta uudelleen ja omahoitajan avustamana voidaan pohtia, miten tilanteessa olisi voinut toimia toisin. (Stormbom 2008.)

Päihdekuntoutuksessa keskeistä on pitkäjänteisyys ja kärsivällisyys. Työntekijän ei tule kiirehtiä kuntoutuksessa asiakkaan edelle, vaan antaa hänelle aikaa oman sisäisen kuntoutumisprosessin käynnistämiseen. Toisaalta vauva ei odota äidin kuntoutumista, vaan tarvitsee hoitoa välittömästi terveen kehityksen turvaamiseksi. Kuntoutukseen tullessaan äidit ovat usein huonovointisia, joka saattaa estää äitiä näkemään vauvan tarpeita. Tällöin hoitajan on oltava vauvan asiamies ja muistutettava äitiä vauvan tarpeista. Tutkimuksen mukaan kuntoutusprosessin alussa hoitajan on ajoittain oltava arjen kannattelijana.

Tutkimuksissa ilmeni, että yhteisökuntoutuksessa tulee olla turvallinen ilmapiiri. Turvallisuuden tunne edistää kuntoutusprosessia, sillä äiti voi olla oma itsensä ja voi avoimesti pohtia omaa elämäänsä ja siinä tapahtuvia muutoksia. Ensikoti Pinjassa on saatu hyviä tuloksia mielikuvaharjoittelulla. Mielikuvaharjoittelu tarkoittaa sitä, että hoitaja auttaa äitiä luomaan mielikuvan vatsassa olevasta vauvasta. Äitiä autetaan muodostamaan mielikuvia vauvastaan esimerkiksi raskausrentoutuksen ja maalauksen avulla.

Tutkimusten mukaan äitiys on keskeistä naisen identiteetille. Äidin tulee saada tarpeeksi tukea riittävän ajoissa, jotta hän saa mahdollisuuden kasvaa vanhemmuuteen päihdeettömässä arkielämässä. Äitiys voi mahdollistaa elinikäisen kuntoutumisen päihdeistä, mutta tämä kehitys voi estyä, jos asiantuntijat näkevät äidissä vain heidän kielteiset puolensa. Vailla riittävää sosiaalista tukea äiti voi tuntea vanhat tavat turvallisemmaksi ja turvautua niihin päihdeistä kuntoutumisen sijaan. Riittävä sosiaalinen tuki on ensiarvoisen tärkeää päihdeongelmaisen raskaana olevan äidin kuntoutumiselle ja normaalin arkielämän muodostumiselle. (Sorsa ym. 2004.)

6 Pohdinta

Päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen kohtaaminen on haasteellista hoitohenkilökunnalle. Hoitajalta vaaditaan erityistä ammattitaitoa kohdata päihdeongelmainen äiti. Äitien päihdeongelma on yksi vaikeimpia ja haastavampia terveydenhuollon, perhepolitiikan ja lastensuojelun ongelmia tänä päivänä. Päihdeongelmaisen äidin kohtaamisessa tarvitaan hoitajalta erityisosaamista ja koulutusta, jotta luottamuksellinen ja avoin vuorovaikutussuhde voi syntyä. Boelius (2008) huomauttaa, että hoitoalan ammattitutkinnoista puuttuvat kokonaan päihdetyön laajat ammatilliset opintokokonaisuudet ja tämä tekee ammatillisen kohtaamisen erityisen hankalaksi. Sairaanhoidajan ammattikorkeakoulun peruskoulutus ei anna tarpeeksi valmiuksia kohdata päihdeongelmasta kärsivää asiakasta puhumattakaan raskaana olevasta päihdeidenkäyttäjistä. Näistä tietotaidon puutteista johtuen moralismin värittämät asenteet ja mielikuvat korostuvat herkästi ja työtä tehdään näistä lähtökohdista käsin. Boeliuksen

(2008) mukaan sairaanhoitajan puutteellisten työmenetelmien vuoksi ammatillisen keinottomuuden tunne kasvaa ja aletaan helposti puhua pakkokeinoista.

Päihdeongelmaisten äitien kanssa työskentelevän hoitajan tulisi pohtia, miten on saanut valmiutensa työskennellä päihteitä käyttävien äitien kanssa. Boelius (2008) kehottaa myös miettimään minkälaisen mallin kukin on saanut itse omalta äidiltään tai muilta naisilta lähipiiristään, sekä millä tavoin nämä asenteet heijastuvat omassa työssä. On myös tärkeää huomata erot eri naissukupolvien välillä. Jännite on erilainen kun keskustellaan 40-vuotiaan alkoholi-soituneen äidin, kuin 20-vuotiaan viisi vuotta huumeita käyttäneen nuoren naisen kanssa. Päihdeongelmaisten äitien kanssa työskennellessä tulee hoitajan sisäistää refleктоiva työote, jossa hän jatkuvasti arvioi omaa osaamistaan suurennuslasin alla.

Tänä päivänä yhteiskunnassa puhutaan paljon päihdeongelmaisten äitien pakkohoidosta. Pakkohoidosta puhuvat asiantuntijat ovat jakautuneet sekä sen puolesta, että vastaan. Mielestämme on ristiriitaista edes suunnitella raskaana olevien päihdeongelmaisten äitien pakkohoittoa, jos päihdeongelmaisten palveluja supistetaan jatkuvasti. Andersson (2008) kuvaa artikkelissaan sitä, kuinka ristiriitaisessa tilanteessa päihdeongelmaisten äidit ovat hoidon suhteen. Hän kertoo, että heidän yksiköissään vastaan tulee tilanteita, joissa hoitoon haluavat äidit eivät saa kunniltaan maksusitoumusta. *”Toisaalta halutaan pakottaa äiti hoitoon, toisaalta ei myönnetä maksusitoumusta vaikka äiti olisi itse halukas hoitoon”* (Andersson 2008). Pakkohoito ei siis ole realistista tässä yhteiskunnassa. Pakkohoidosta puhumisen sijaan tulisi keskittyä päihdeongelmia ennalta ehkäisevään työhön ja lisätä resursseja hoitaa äitejä kokonaisvaltaisesti. Raskaana olevan päihdeongelmaisen äidin hoito vaatii aikaa sekä suunnitelmallisuutta. Erityisen hankalaksi päihdeäidin hoidon tekee se, että äiti tarvitsee aikaa päihteistä toipumiseen mutta sikiö ei terveen kasvun turvaamiseksi voi odottaa.

Yksi tulevaisuuden haasteista on neuvolatoiminta päihdeäitien osalta. Toimintaa tulisi edelleen kehittää päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten osalta siten, että heidät osattaisiin seuloa vieläkin paremmin ja ennen kaikkea vaikeisiin asioihin uskallettaisiin puuttua ja niistä uskallettaisiin keskustella. Varsinkin alkoholiongelmaisia äitejä jää edelleen usein tunnistamatta. Lepon (2008) tekemä tutkimus erityisäitiyspoliklinikalle puolsi tätä. Useammassa tutkimuksessa selvisi, että neuvolassa työskentelevillä terveydenhoitajilla ei nykypäivänä ole tarpeeksi valmiuksia kohdata päihdeongelmaista äitiä. Neuvolatyötä kehittäessä tulisi ottaa huomioon päihdehoitotyön erityishaasteet ja varautua niihin riittävällä lisäkoulutuksella ja työssä jaksamista helpottavilla järjestelmillä. Terveydenhoitajan tulisi omata valmiudet puuttua rohkeasti ja ammattitaitoisesti havaitsemiinsa ongelmiin.

Koimme tämän työn tekemisen erittäin haastavaksi, koska aiheesta on tehty luotettavia tutkimuksia hyvin vähän. Tulevaisuudessa siis tarvitaan aiheesta ehdottomasti lisää luotettavia

tutkimuksia, jotta päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoitoon pääsy nopeutuisi ja olisi laadukkaampaa. Tietoa löytyi jonkun verran enemmän päihteitä käyttävän jo synnyttäneen äidin kohtaamisesta sekä hoidosta yleisesti. Sen sijaan raskaana olevia päihdeäitejä on tutkittu valitettavan vähän. Huomasimme, että ongelma on globaali sillä tutkimuksia oli vaikea löytää englanninkin kielisinä. Yleisestikin päihteitä käyttävät raskaana olevat äidit ovat hoitoalalla ilmiönä melko tuore, päihdeongelmaisista äideistä on alettua puhua vasta 80-luvulla. Kehittämishankkeen aikana huomasimme, että uutta tutkimustietoa aiheesta on odotettavissa lähitulevaisuudessa. Aihe puhuttaa sekä terveydenhuollon ammattilaisia, että koko yhteiskuntaa. Tuoreiden päihdeongelmaisiiin äiteihin liittyvien tutkimusten myötä tämä tärkeä kehittämiskohde on noussut puheenaiheeksi Suomessa.

Ammatillinen kasvumme kehittämishankkeen aikana on laaja-alaista ja se on jatkunut koko prosessin ajan. Koemme oman asiantuntijuutemme sekä ammatti-identiteettimme kasvaneen merkittävästi sekä käytännön tasolla, että hoitotyön etiikan suhteen. Prosessin aikana olemme käsitelleet paljon ammattieettisesti ristiriitaisia päihdehoitotyöhön sekä äitiyshuoltoon liittyviä asetelmia. Motivaatio prosessin loppuun saattamiseen on ollut muutamaa notkahdusta lukuun ottamatta nousujohdanteista. Motivaatiomme on kasvanut oman ammatillisen kasvun myötä.

Opinnäytetyöprosessin alussa asetettiin tavoitteet, joihin jokainen ryhmän jäsen on ollut sitoutuneena koko kehittämishankkeen ajan. Projektiin osallistuneista jokainen on kantanut vastuun opinnäytetyön etenemisestä sekä loppuun saattamisesta. Yhteistyömme on sujunut moitteetta, koska tunnemme toisemme siviilissäkin ja sitä kautta ryhmän jäsenten vahvuudet, sekä heikkoudet ovat olleet tiedossa. Työskentelytapamme ovat olleet yhtenäiset.

”Meidän tehtävämme on luoda inhimillistä tukea heille, jotka eivät sitä itse syystä tai toisesta voi sitä itselleen tai lapsilleen luoda” (Boelius 2008).

Lähteet

- Alaja R., & Tuomiranta H. 2004. Hoitoonohjaus raskausajan päihdeongelmissa. Suomen lääkä-rilehti 39/2004 vsk 59:3647-3650.
- Alho L. 2007. Seksuaaliterveyden edistäminen ja äitiyden tukeminen päihdehoidossa - asiakkaan näkökulma. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Alho L., & Kankkunen P. 2006. Naisten lisääntyvä alkoholin käyttö -haaste syntyvän lapsen ja äidin hoitotyölle. Sairaanhoitaja 8/2006:36-39.
- Andersson M. 2008. Pidä kiinni - hoitojärjestelmän rakentaminen. Pidä kiinni - projekti.
- Boelius T. 2008. Naiset raittiuden vaalijoista päihteidenkäyttäjiksi. Pidä kiinni -projekti.
- Buber M. 1923/1999 Minä ja sinä. WSOY.
- Dahl, P., & Hirschovits, T. 2005. Tästä on kyse - Tietoa päihteistä. Hakapaino Oy 4. uudistettu painos. Helsinki.
- Eskola, K., & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY 1.-2. painos. Helsinki
- Haho A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja 2009 nro8:32-33
- Halmesmäki E., Kahila H., Keski-Kohtamäki R., Iisakka T., Bäckmark-Lindqvist G., & Haukka-maa M. 2007. Suomen Lääkärilehti. 11/2007 vsk62: 1151-1154. Raskaana olevan päihdeongel-maisen naisen hoito Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta.
- Havio, M., Inkinen, M., & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Gummerrus kirjapaino oy. Jy-väskylä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi.
- HUS- haikarakansio
- Hyytinen R. 2008. Hyvän asiakassuhteen merkitys. Pidä kiinni -projekti.
- Ihme, A., & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Edita. Helsinki.
- Janhonen S., & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, L., & Ääri, L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.
- Karling, M., Ojanen, T., Siven, T., Vihunen, R., & Vilen, M. 2009. Lapsen aika. WSOY Oppima-terialit Oy 12, uudistettu painos. Helsinki.
- Keski-Kohtamäki R. 2005. Hoitoa vai hyysäystä? Päihdeongelmaisten äitien hoito HUS:n nais-tenklinikalla. Kätilölehti 2/2005:54-55.
- Kujasalo, A., & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää. Nainen alkoholin ansassa. Karisto oy. Hä-meelinna.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E., & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kyngäs H., & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, no 1/1999.

Kääriäinen M., Kyngäs H. Ohjaus -tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 10/2006

Launonen M., & Mansnerus E. 2005. Kun lapsi saa yrittämään kuiville. Perho-projekti. Järvenpää.

Leppo A. 2008. Raskaudenaikaiseen päihteiden käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008:45:33-47.

Leppo A. 2005. Miten kohdata päihdeongelmainen odottaja?

Leppo A. 2005. Seuranta ja tukea päihdeongelmaisille odottajille neuvolassa.

Lusa, S. 2000. Huumeiden käyttäjän kohtaaminen työssä. Työterveyslaitos Helsinki.

Manninen A. 2009. Raskaana olevan alkoholistin kohtaaminen. Kätilölehti 2/2009:8-9.

Mattila K. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Ps-kustannus.

Pajulo M., & Kalland M. 2008. Äidin reflektiivinen kyky ja sen vaikutus päihde-ensikotien hoidon tulokseen. Pidä kiinni -projekti.

Pajulo M. 2003. Huumeriippuvuus ja äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Duodecim 2003;119(14) : 1335-42.

Pistokoski R. 2007. Raskaana olevien päihteiden käyttäjien ja vauvaperheiden kuntoutus. Lapin Ensi- ja turvakoti, Pidä kiinni-projekti. 23.10.2007 LLH

Pitkänen T. 2006. Raskaana olevien päihdekäyttäjien näkemyksiä palvelujen laadusta. Kuopion yliopisto.

Sorsa M, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2004. Huumausaineita käyttävän äidin päihdehoito ja siihen osallistuminen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 3, 240-252.

Stormbom A. 2008. Vauvalähtöinen päihdekuntoutus- esimerkkinä Ensikoti Pinja. Pidä kiinni -projekti.

Taipale S. 2005. Päihderiippuvainen raskaana oleva nainen, sosiaalinen tuki ja masennus. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Terveys ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Meille tulee vauva. Helsinki.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Luettelosivut

Taulukko 1: Tiedonhaun tulokset9

Liitteet

Liite 1. Tutkijan taulukko

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja - vuosi	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
Alaja Riitta, Tuomiranta Helena. Hoitoonohjaus raskausajan päihdeongelmissa.	Selvittää, miten hoitoonohjaus toteutuu raskausajan päihdeongelmissa.	Äitiysneuvoloista ohjattiin 40 äitiä vauvaperheyksikköön 1.6.2002-28.2.2003 välisenä aikana. 14:sta tehtiin tarkempi päihdelääketieteellinen hoidon tarpeen arviointi.	Yli kolmanneksella päihdeäideistä oli päihdehoito järjestämättä. Hoitoonohjausta kehitettävä edelleen.
Anne Strombom. Vauvalähtöinen päihdekuntoutus -esimerkkinä Ensikoti Pinja.	Päihdekuntoutuksen kehittäminen Ensikoti Pinjassa	Ensikoti Pinjan toiminta on kehitetty kymmenen vuoden ajan. Aineisto on kerätty Ensikoti Pinjassa käytännön työstä.	Vauvalähtöinen päihdekuntoutus muodostuu teoreettisesti perustelluista työmenetelmistä, luottamuksellisesta asiakassuhteesta ja arkisen päihdeettömän vauvaperheen elämän rakentamisesta ja harjoittamisesta.
Taipale Sinikka. Päihderiippuvainen raskaana oleva nainen, sosiaalinen tuki ja masennus. Tampereen yliopisto. 2005.	Kuvata päihderiippuvaisen raskaana olevien naisten saamaa sosiaalista tukea sekä saada tietoa masentuneisuuden yleisyydestä.	Strukturoidulla kyselylomakkeella haastatellen raskaana olevia päihdeongelmaisia naisia 09/03-12/04. n = 61.	Kaikki kokivat saaneensa läheisiltä sekä neuvoloilta vähiten konkreettista tukea sekä eniten emotionaalista tukea. Avopuolen terveys- ja sos.huollon henkilökunnalta saatiin eniten päätöksen tekoon tukea. Laitoshoidossa saatiin eniten konkreettista tukea.
Riitta Hyytinen. Hyvän asiakassuhteen merkitys.	Kuvata hyvän asiakassuhteen merkitystä päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten hoidossa.	Pidä kiinni -projektissa mukana olevien ensikotien asukkaiden asiakasprofiilitiedot 2006.	Hyvän ja asiakkaan näkökulmasta tukevalta tuntuvan työskentelysuhteen luominen on erittäin tärkeää asiakkaan kuntoutumiselle.
Marjukka Pajulo, Mirjam Kalland. Äidin reflektiivinen kyky ja sen vaikutus päihdeensikotien hoidon tulokseen. Pidä kiinni-projekti	Päihde-ensikotien toiminnan kehittäminen	Pidä kiinni-projekti. Aloitusvuosi 1998-jatkuu edelleen. Projektissa käytetty väitöskirjoja, ajankohtaisia tutkimuksia sekä tutkittu uutta tietoa.	Reflektiivinen työote vahvistaa varhaisen vuorovaikutuksen muodostumista vauvan ja äidin välillä.
Mervi Launonen, Eija Mansnerus 2005. Kun lapsi saa yrittämään kuiville. Järvenpää.	Huumeongelmaperheiden verkostotyöhön perustuvan perhekuntoutusmallin kehittäminen. Tavoitteena oli Järvenpään sosiaalisairaalan, kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalityön, ammatillisen huumehoidon ja vapaaehtoisverkoston sekä poliisin, oikeus- ja vankeinhoitolaitoksen toiminnan koordinointi	PERHO -Perhekeskeisen huumehoidon kehittämisprojekti 2000-2003.	Verkostotyön avulla löydettiin luottamusta työntekijän, asiakkaan ja hänen läheisverkostonsa välille ja näin saatiin perhe kiinnittymään osaksi avo- ja laitoshoidon luomaa turvaverkkoa. Hoitokulttuuria kehitettiin perhekeskeisemmäksi sekä vakiinnutettiin verkostotyömenetelmiä

	perheiden kuntoutumisen tukemiseksi.		osaksi moniongelmaisten perheiden hoitotyötä.
Pitkänen Tiina Raskaana olevien päihdekäyttäjien näkemyksiä palvelujen laadusta. Kuopion yliopisto. 2006.	Selvittää raskaana olevien päihdekäyttäjien näkemyksiä palvelun laadusta.	Haastattelut äitiyspoliklinikka käyntien yhteydessä aikavälillä 04-05/2005. n=6.	Kaikki äidit olivat tyytyväisiä neuvoloiden palveluihin, kohteluun sekä vuorovaikutukseen. Useampi äiti koki luottamuksen puutetta päihde-ensikotia ja avopalveluyksikköä kohtaan. Henkilökunta koettiin ammattitaitoisena, mutta usean äidin mielestä käyttäytymisen koettiin syyllistävänä.
Halmesmäki E., Kahila H., Keski-Kohtamäki R., Iisakka T., Bäckmark-Lindqvist G., Haukka-maa M. Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. Helsinki. 2007.	Kuvata tehostettua hoitomallia raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoitoon, joka luotiin HYKS naistenklinikkaa varten vuonna 2002.	HYKS Naistenklinikan HAL poliklinikan (HAL= huumeet, lääkkeet, alkoholi) 312 asiakkaan seuranta vuosina 2002 - 2005.	HYKS Naistenklinikalla on mahdollista yhdistää raskaudenhoito ja päihdehoito, joka saattaa helpottaa joidenkin potilaiden hoitoon hakeutumista. HAL poliklinikalla hoidettiin 1.8.2002 - 30.11.2005 kaikkiaan 312 raskautta, joista 21 (6,7 %) keskeytettiin naisten toiveesta ja 4 (1,3 %) meni spontaanisti kesken.
Sorsa M., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. Huuhausaineita käyttävän äidin päihdehoito ja siihen osallistuminen.	Kuvata huuhausaineita käyttävien äitien osallistumista hoitoon.	Äitien päihdehoitoon liittyvät kansainväliset tieteelliset julkaisut vuosilta 1996-2003. Kirjallisuuskatsaus	Äitien tarpeet ovat moninaisia ja päihdehoito vaativaa. Naisille suunnatut hoito-ohjelmat ovat muovautuneet tarjoamaan sekä laajempaa tukea, että useimmiten kodinomaisen ympäristön.
Anna Leppo. Raskaudenaikaiseen päihteen käyttöön puuttuminen päihdetyöhön erikoistuneella äitiyspoliklinikalla.	Tutustua ja sitä kautta kuvata erityisäitiyspoliklinikan toimintaa yhteensä 7kk ajan 11/05-05/06 välisenä aikana. Kuvata, kuinka erityisäitiyspoliklinikan hoitohenkilökunta puuttuu päihdeongelmaisten odottajien päihteen käyttöön.	Etnografinen tutkimusmenetelmä. Aineistona yhden äitiyspoliklinikan kahden hoitajan työn seuranta ja havainnointi seitsemän kuukauden ajan.	Päihdeongelmaisten äitien tuloksellinen kohtaaminen edellyttää ymmärtäväisyyttä. Neuvolatoimintaa kehitettävä hoitoonohjauksen osalta. Yhteistyömallia ja työnjakoa lastensuojelun kanssa selkeytettävä.

